



TERMO DE OPÇÃO
Pagamento de Benefícios do INSS

Nome do Beneficiário:

Número do Benefício:

NIT (se houver):

[] Alteração de domicílio bancário

(para a transferência do benefício de outra instituição para a Cooperativa)

Conta corrente na Cooperativa (obrigatório):

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, sob minha total responsabilidade, a **COOPERATIVA DE CRÉDITO CECRES – SICOOB CECRES**, código: 817498, a efetuar a alteração assinalada, relativa ao benefício acima citado.

Local e data

Assinatura do Beneficiário

| Para uso do Sicoob Cecres | |
|---|--|
| Data: __/__/____ Recebido por: _____ | Data: __/__/____ Efetivado por: _____ |