

TERMO DE ALTERAÇÃO DE CONTA BANCÁRIA PARA RECEBIMENTO DE BENEFÍCIO

1. Nome Completo do Participante:	2. Matrícula Nº.:	
3. Nome Completo do Recebedor de Benefício:		
4. Parentesco:	5. Sexo: () M – Masculino () F – Feminino	6. CPF:

Pelo presente documento autorizo a OABPrev a cancelar o pagamento mensal que atualmente é feito em minha conta no Banco _____, Agência Nº (com dígito) ____, Conta Nº (com dígito) _____ e autorizo a efetivar os pagamentos na nova conta, conforme dados que seguem abaixo:

Banco: _____

Agência: _____

Conta: _____

Titular da Conta (no caso de pagamento em conta de terceiro, permitido **somente para recebedores menores de 18 anos**): _____

CPF do Titular da Conta (no caso de pagamento em conta de terceiro, permitido **somente para recebedores menores de 18 anos**): _____

Assinatura do Requerente ou Representante
Legal