

AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO EM CONTA DE TERCEIROS

AUTORIZANTE BENEFICIÁRIO: _____

CPF: _____, RG: _____, ESTADO CIVIL _____

ENDEREÇO _____

TELEFONE: _____ E – mail: _____

AUTORIZADO: _____

CPF: _____, RG: _____, ESTADO CIVIL _____

ENDEREÇO _____

TELEFONE: _____ E – mail: _____

BANCO: _____ AGÊNCIA _____ TIPO _____ CONTA: _____

A presente autorização tem por objeto autorizar a _____

com endereço _____ situada na cidade de _____ a efetuar depósitos de reembolsos em nome e conta de terceiro (Pessoa Física) por mim indicado acima. Estou ciente que a conta informada não pode ser de pessoa jurídica, benefício (INSS) ou conta salário.

Em razão desta autorização, após realização do crédito declaro de forma irrevogável e irretratável a quitação do valor reembolsado, isentando o pagante de qualquer transtorno, me responsabilizando neste ato pela veracidade das informações bancárias indicadas.

Esta autorização somente será revogada mediante termo por escrito do ora AUTORIZANTE.

Cidade _____, data ____/____/____

Assinatura : _____

(favor reconhecer firma)