CAPEF
Seu Plano de Previdência

CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO BNB - CAPEF

ALTERAÇÃO DE DOMICÍLIO BANCÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DE PARTICIPANTE/BENEFICIÁRIO/PENSIONISTA DE ALIMENTOS

Nome: | CPF:

Tipo de Benefício: ☐ Suplementação de Aposentadoria ☐ Suplementação de Pensão ☐ Pensão de Alimentos

DADOS BANCÁRIOS

Banco/Código do Banco:

Agência/Código da Agência:

Tipo de Conta: ☐ Corrente ☐ Poupança

Número da Conta:

☐ **TITULAR** ☐ **REPRESENTANTE LEGAL** ☐ **PROCURADOR**

(No caso de representante legal ou procurador, anexar documento comprobatório atualizado dessa condição.)
Declaro sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

_____, _____ de _____ de ____
(Local) *(Dia)* *(Mês)* *(Ano)*

_____
(Assinatura do responsável)