

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CONTRACHEQUE

**Informações do(a) Segurado(a)**

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de Benefício:  |  ( )Aposentadoria ( )Pensão por morte |
| Nome do(a) segurado(a) :  |  |
| Matrícula: |   |
| CPF: |  |
| Data de Nascimento: |   |
| Endereço: |  |
| Cidade: |  |

**Informações do(s) autorizado(s) a receber meus contracheques**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **01** | Nome: |   |
| CPF: |   |
| Endereço: |  |
| Cidade: |  |
| Vínculo com o(a) segurado(a):  |  |
| Contato: |  |
| Fundamentação legal: | **Art. 7º, I, da Lei Nº 13.709, de 14/08/2018.****Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD)**  |

Santa Vitória/MG, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO(A) SEGURADO(A)