



## Autorização de Transferência de Recursos de Conta-Salário para outra Instituição Financeira

### Identificação do Solicitante

Nome da Instituição Financeira (prestadora de serviços de pagamento de salários):		Cód. da Instituição Financeira:	
Cliente:			
Número da Conta-Salário:	Número do RG:	Órgão Emissor/UF:	Número do CPF/MF:
Endereço Completo:		Bairro:	
Cep:	Cidade:	UF:	Telefone:
-			( ) -

### Identificação da Instituição Financeira Destinatária

Nome:	Número:	Ag./Cód. Instituição:	Conta de Depósito:
-------	---------	-----------------------	--------------------

### Termo de Autorização do Cliente

**Autorizo**, em caráter permanente, a Instituição Financeira prestadora de serviços de pagamento de salários, acima identificada, a **transferir** regularmente os valores totais creditados em minha conta-salário **para a conta de mesma titularidade** na Instituição Financeira Destinatária acima indicada, conforme faculta a Resolução Bacen n. 3402, de 06/09/2006.

Para efeito da realização da operação de transferência, conferi e atesto os dados de identificação do solicitante e da instituição financeira destinatária.

Estou ciente que, a partir desta data, o cartão será cancelado no prazo de 30 (trinta) dias e comprometo-me a destruí-lo.

Local:	Data:	Assinatura do Cliente:
	/ /	

### Para uso da Instituição Financeira (prestadora de serviços de pagamento de salários)

Carimbo/Assinatura do Funcionário/Data:	Carimbo/Assinatura do Gerente/Data:
/ /	/ /

1ª via da Instituição Financeira | 2ª via do Cliente

Modelo-02/14