

AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO

Os formulários abaixo deverão ser preenchidos pelo empregado beneficiário ou pela empresa, respeitando os respectivos campos indicados.

PREENCHER QUANDO O BENEFICIÁRIO É O COLABORADOR			
Nome do colaborador		CPF	Data de nascimento
Nome da empresa		CNPJ	
Endereço do colaborador		Bairro	
CEP	Cidade/UF		País
Telefone	Celular	E-mail	
Dados bancários em nome do beneficiário: <input type="checkbox"/> Conta corrente <input type="checkbox"/> Conta poupaça			
Banco	Nº do Banco	Agência	Conta (com o dígito)
Chave PIX			Obs.: informe acima os dados bancários
Nome do representante legal (se incapaz)		RG	CPF
* Observação: não pode ser informado número de conta salário, pois apenas o empregador responsável pela conta consegue efetuar o depósito e/ou transferência para esse tipo de conta.			

Na condição de beneficiário, autorizo a PROAGIR BENEFÍCIOS a creditar, de acordo com os dados acima informados, o valor de indenização.

Data

Assinatura

PREENCHER QUANDO O BENEFICIÁRIO É A EMPRESA			
Nome da empresa beneficiada		CNPJ	Data da Abertura
Nome do colaborador vinculado ao beneficiário		CPF	
Endereço da empresa		Bairro	
CEP	Cidade/UF		País
Telefone	Celular	E-mail	
Dados bancários em nome do beneficiário: <input type="checkbox"/> Conta corrente <input type="checkbox"/> Conta poupaça			
Banco	Nº do banco	Agência	Conta (com o dígito)
Chave PIX			Obs.: informe acima os dados bancários

Na condição de beneficiário, autorizo a PROAGIR BENEFÍCIOS a creditar, de acordo com os dados acima informados, o valor de indenização.

Data

Assinatura