

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO BENEFICIÁRIO - INSS

Eu, _____, inscrito(a) no CPF sob o n.º _____, autorizo o INSS/DATAPREV a disponibilizar as informações abaixo indicadas para apoiar a contratação/simulação de empréstimo consignado/cartão consignado de benefícios do INSS para subsidiar a proposta pelo Banco Credor.

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO(A) AUTORIZADOR(A)

1. Nome Completo:

2. CPF N.º:

3. Data de Nascimento:

II - DADOS DO BENEFÍCIO

1. Número do Benefício

2. Situação do Benefício

3. Espécie de benefício

4. Indicação de que o benefício foi Concedido por Liminar

5. Data da Cessação do Benefício – DCB (se houver)

6. Possui Representante Legal

☐ Sim ☐ Não

7. Possui Procurador

☐ Sim ☐ Não

8. Possui Entidade de Representação

☐ Sim ☐ Não

9. Pensão Alimentícia

☐ Sim ☐ Não

10. Bloqueado para Empréstimo

☐ Sim ☐ Não

11. Data da última Perícia Médica

12. Data do Despacho do Benefício – DDB

13. Elegível para Empréstimo

☐ Sim ☐ Não

III – DADOS DO PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

1. UF onde o beneficiário recebe os proventos

2. Tipo de Crédito (Cartão ou Conta-corrente)

3. Indicação da Instituição Financeira que paga o benefício

4. Agência Pagadora

5. Conta-corrente onde o benefício é pago

6. Margem Consignável Disponível

7. Margem Consignável Disponível para Cartão

8. Valor Limite para Cartão:

9. Quantidade de empréstimos ativos/suspensos

Este termo autoriza esta Instituição Financeira a consultar as informações acima descritas durante um período de 30 (trinta) dias. Este pedido poderá ser efetuado pela Instituição Financeira em até 45 (quarenta e cinco) dias após a assinatura deste instrumento.

Assinatura Eletrônica

DECLARAÇÃO MSE ANALFABETO OU IMPEDIDO DE ASSINAR: Eu, na qualidade de Testemunho a Rogo e abaixo identificado, declaro que o emitente ouviu atentamente a leitura deste documento.

A rogo do(a) TITULAR assina o rogado:_____.

Nome:

CPF ou RG:

Digital do titular

Testemunhas:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

Local e Data

Assinatura Eletrônica

CANAIS DE ATENDIMENTO BANCO DIGIMAIS: (ligações de tel. fixo) / SAC 0800.646.3700 / Deficientes auditivos e ou de fala (11) 4020.3300 / Se sua reclamação foi tratada em nossos canais de atendimento, mas a solução oferecida não foi satisfatória, procure a OUIDORIA: 0800.646.7600