

Anexo VI

Termo de Cooperação Técnica nº _____/_____

INSTITUIÇÃO FINANCEIRA (LOGOTIPO)

_____, ____ de _____ de 20__.

Senhor (a) _____,

Em atenção ao Ofício _____ informamos que o representante legal da empresa _____, CNPJ _____, deverá comparecer à agência _____ para assinar o contrato da abertura de conta-depósito vinculada - bloqueada para movimentação, destinada a receber créditos ao amparo na IN nº ____ de ____ de ____ de _____, a título de provisão para encargos trabalhistas do Contrato nº _____.

Ratifico que, conforme previsto no Termo de Cooperação Técnica nº ____/____ firmado com a Instituição Financeira, qualquer tipo de movimentação financeira somente ocorrerá mediante solicitação da Goiás Previdência - GOIASPREV.

Gerente

Ao (a) Senhor (a)

Nome e cargo do representante da GOIASPREV

Endereço

A U T O R I Z A Ç Ã O

À Agência _____ da Instituição Financeira _____

(endereço da agência)

Senhor (a) Gerente,

Autorizo, em caráter irrevogável e irretratável, que a **Goiás Previdência - GOIASPREV** solicite a essa agência bancária, na forma indicada por essa agência, qualquer tipo de movimentação financeira na conta-depósito vinculada - bloqueada para movimentação nº _____ - bloqueada para movimentação, de minha titularidade, aberta para receber recursos retidos de rubricas constantes da planilha de custos e formação de preços do Contrato nº ____/____, firmado com a AUTARQUIA ESTADUAL, bem como tenha acesso irrestrito aos saldos da referida conta-depósito vinculada - bloqueada para movimentação, extratos e movimentações financeiras, inclusive de aplicações financeiras.

Atenciosamente,

(local e data)

Assinatura do titular da conta-depósito vinculada - bloqueada para movimentação

Anexo II do Termo de Cooperação Técnica nº _____/_____

Ofício nº _____/20____ - _____

_____, ____ de _____ de 20____

Ao (A) Senhor(a) Gerente

(nome do gerente)

(endereço da agência com CEP)

Senhor (a) Gerente,

Solicito providenciar a geração de chaves e senhas iniciais de acesso aos aplicativos dos sistemas de autoatendimento dessa Instituição Financeira para os servidores a seguir indicados:

CPF	Nome	Documento/Poderes
-----	------	-------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Atenciosamente,

Assinatura do Ordenador de Despesas da Autarquia Estadual ou
do servidor previamente designado pelo ordenador