

**COBAP****CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE APOSENTADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS**

Nome da Entidade: _____
CNPJ: _____ Data de Fundação: ____/____/____
Endereço: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Município: _____ UF: _____
CEP: _____ Telefone _____ Fax: _____
E-mail: _____ Código da Entidade: _____

EXCLUSÃO DO DESCONTO DE MENSALIDADE

Eu, _____
Brasileiro(a), nascido (a) na data de ____/____/____, Sexo () Masculino () Feminino, portador(a)
do CPF nº _____, beneficiário (a) do regime Geral da Previdência Social, residente e
domiciliado (a) à _____

Município: _____ UF: _____ CEP: _____

portador (a) do benefício número _____, Espécie nº _____, sócio do (a)

**DEAPES – SINDÁGUAMG - Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias de Purificação e Distribuição de
Água e em Serviços de Esgoto do Estado de Minas Gerais** Sob o número _____,

venho requerer a esta instituição a não mais promover, em favor dessa entidade, o desconto da mensalidade de
sócio, correspondente a **1% (hum por cento)** do valor de meu benefício previdenciário, com respaldo no
disposto do Inciso V do artigo 115 da Lei 8.123 de 24 de Julho de 1991.

_____, ____/____/____
Local data

Assinatura ou impressão digital do titular do benefício previdenciário

Presidente da entidade

Presidente da Federação

Assinatura do Presidente ou representante legal da COBAP