

**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: _____

A U T O R I Z A Ç Ã O

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 - Departamento dos Aposentados e Pensionistas nas Empresas de Saneamento do Estado de Minas
Gerais / SINDÁGUA-MG, AUTORIZO o mesmo a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS,
através da Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos COBAP, na condição
de sua mandatária, o desconto da mensalidade de sócio, correspondente a 1% (Hum por cento) do valor do meu
benefício previdenciário, com respaldo no disposto no Inciso V do Artigo 115 da Lei 8.213 de 24 de Julho de 1991.

_____, ____/____/____
Local data

Assinatura ou impressão digital do titular do benefício previdenciário

Ciente e de acordo com as informações do nosso associado e com os poderes conferidos à Confederação Brasileira de
Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP para o desconto pretendido.

Presidente da entidade

Presidente da Federação

Assinatura do Presidente ou representante legal da COBAP