

Código da Entidade Responsável

Associação dos Aposentados e Pensionistas
de São José dos Campos
COD.: 021.4990.002

| | |
|----------------------------------|------|
| Federação / Entidade Responsável | U.F. |
| | SP |

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

DADOS PESSOAIS

| | | | |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------------------|
| Nome completo <i>Celina de Mattos Machado</i> | | | |
| Endereço completo <i>Rua Alberto Pasqualini 624 apto 101</i> | | | e-mail |
| CEP <i>22.740-250</i> | Cidade <i>Rio de Janeiro</i> | UF <i>RJ</i> | Fone (DDD) |
| Data de Nascimento <i>30/01/45</i> | Espécie do Benefício <i>41</i> | NB - Nº do Benefício <i>141.340.566-2</i> | Valor do Benefício <i>502,21</i> |
| Nome do Agente Pagador | | Agência | RG/Orgão emissor <i>SSP/RJ</i> |
| | | | CPF <i>003.991.264-16</i> |
| Nome da mãe do beneficiário <i>Sebastiana Micienda</i> | | | |

Autorizo a COBAP promover junto ao INSS, o desconto mensal de 1% ou 2% (por extenso) *um por cento*

do benefício acima discriminado, a título de mensalidade de associado, conforme o disposto no art. 115, da Lei nº 8.213/91, regulamentada pelo Decreto nº 357/91 e respectivas alterações, ficando o ciente, desde já, que o referido desconto será processado a partir de mês/competência *maio* *de 2009*

Declaro para todos os fins de direito que as informações cadastrais acima prestadas são verdadeiras.

SP *15/01/2009*
Local e data

Celina de Mattos Machado
Assinatura ou impressão digital do proponente ou procurador legal

Com os poderes conferidos à COBAP e de acordo com as informações acima, autorizo o setor competente a proceder a inclusão, junto ao INSS, do desconto consignado pelo proponente NB Nº do Benefício *141.340.566,2*

[Assinatura]
Presidente da Federação / Entidade de Base

| |
|-----------------------------|
| Para uso exclusivo da COBAP |
| Código do Associado |
| |
| Visto: |



3654

ABAMSP – Associação Beneficente de Auxílio ao Servidor Público
Rua Goitacazes, nº 71 – 4º Andar – Sala 408 – Centro – Belo Horizonte – Minas Gerais CEP: 30.190-050
Telefone: (31) 2551-7327 - E-mail: contato@abamsp.com.br
Site: www.abamsp.com.br

ANEXO I

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AUXÍLIO MÚTUO AO SERVIDOR PÚBLICO - ABAMSP

CNPJ: 00.100.451-0001/09, Data de Fundação: 09/03/1994

Endereço: Rua dos Goitacazes, 71 4º Andar Sala 408

Bairro: Centro, Município: Belo Horizonte UF: MG CEP: 30.190-050

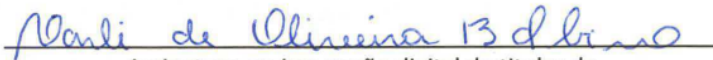
Telefone: (31) 2551-7327 Fax: (31) 2551-7327 E-mail: _contato@abamsp.com.br

AUTORIZAÇÃO

Eu, **MARLI DE OLIVEIRA BALBINO**, CPF/MF nº **008.706.437/54**,
brasileiro (a) nascido (a) na data de **08/03/1964** beneficiário (a) do
Regime Geral de Previdência Social, residente e domiciliado (a) à
R FREI HENRIQUE SOARES 26 26 RETIRO
VOLTA REDONDA UF: RJ CEP: 27275-420
portador (a) do benefício número **1451455060** Espécie nº **21**

AUTORIZO o mesmo a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social- INSS, através da ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AUXÍLIO MÚTUO AO SERVIDOR PÚBLICO - ABAMSP, na condição de sua mandatária, o desconto da mensalidade de sócio, correspondente ao valor de 2% (dois por cento) do valor de meu benefício previdenciário, até o limite máximo de R\$ 50,00 (cinquenta reais) a partir da competência 12/18, com respaldo no disposto no Inciso V do Art. 115 da Lei 8.213, de 24 de julho de 1991.

VOLTA REDONDA, 11/11/2018


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 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE AUXÍLIO MÚTUO AO SERVIDOR PÚBLICO - ABAMSP, para o desconto pretendido.


Presidente da ABAMSP
RAFAEL LUIZ MOREIRA DE OLIVEIRA


RG MG 18.442 702

**FICHA DE FILIAÇÃO**

ABAMSP – Associação Beneficente de Auxílio ao Servidor Público
Rua Goitacazes, nº 71 – 4º Andar – Sala 408 – Centro – Belo Horizonte – Minas Gerais, Cep: 30.190-050
Telefone: (31) 2551-7327 - E-mail: contato@abamsp.com.br / Site: www.abamsp.com.br

Dados Pessoais

NOME DO SEGURADO: MARLI DE OLIVEIRA BALBINO

DATA DE NASCIMENTO: 08/03/1964

CPF DO SEGURADO: 008.706.437/54

ESTADO CIVIL: Viuvo

SEXO: Feminino

PROFISSAO: PENSIONISTA

ENDEREÇO: R FREI HENRIQUE SOARES 26 26

BAIRRO: RETIRO

CIDADE: VOLTA REDONDA

ESTADO: RJ

CEP: 27275-420

TELEFONE: (24)9984-66043

Dependentes

-
-
-
-

De acordo com o Código Civil, são considerados dependentes do associado as seguintes pessoas: o cônjuge, e ou companheiro (a), os filhos menores; e os pais, desde que viva sob sua dependência financeira.

Requeiro minha filiação à ABAMSP – Associação Beneficente de Auxílio Mútuo ao Servidor Público, declarando aceitar as normas estatutárias e as condições dos sistemas de benefícios e assistência, e assumo a responsabilidade pelos dependentes por mim indicados, assim como que as informações acima fornecidas são verdadeiras. Autorizo a ABAMSP, a descontar no meu benefício previdenciário junto ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), os valores da minha mensalidade social correspondente a 2% (dois por cento) até o limite máximo de R\$ 50,00 (cinquenta reais) a partir da competência informado no anexo I (Autorização de Desconto), o qual está anexo a este documento, com respaldo no disposto no Inciso V do Art 115 da Lei 8.213, de 24 de Julho de 1991. Os direitos do Associado são limitados à utilização dos benefícios oferecidos pela ABAMSP, que poderão ser utilizados a partir do 1º (primeiro) dia subsequente ao de competência do contracheque em que foi cobrada a 1º (primeira) mensalidade associativa. Estou ciente ainda que, o não pagamento da mensalidade implicará na indisponibilidade do benefício da Associação.

Comprometo-me ainda a observar as cláusulas, ter lido e ter pleno conhecimento das seguintes condições:

- a) Manter as informações da empresa sempre atualizadas junto a Associação da ABAMSP;
- b) Que o eventual cancelamento desta filiação por iniciativa do associado, somente correrá através da assinatura do Anexo II - exclusão de desconto da mensalidade.

VOLTA REDONDA

Local

11 / 11 / 2018

Data

Assinatura do Titular do Benefício Previdenciário

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



0528

Polegar Direito



Marli de Oliveira Balbino
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 07.091.151-6 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/05/2011

NOME
MARLI DE OLIVEIRA BALBINO

FILIAÇÃO
JOAQUIM ANTONIO DE OLIVEIRA
ANA MAXIMIANO DE OLIVEIRA

NATURALIDADE RIO DE JANEIRO DATA DE NASCIMENTO 08/03/1964

DOC. ORIGEM
C.CASM LIV B83 FLS 262 TERM 6602
BARRA MANSA RJ

CPF 005 2 Via

FERNANDO AVELINO B. VIEIRA
PRESIDENTE DO DETRAN-RJ
MATR. 24/007.150-7

0528

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

008.706.437-54

CAAP - CAIXA DE ASSISTÊNCIA AOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS

CNPJ: 04.721.637/0001-28

ANEXO I

Associação: **CAAP - CAIXA DE ASSISTÊNCIA AOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS**

CNPJ: **04.721.637/0001-28**

Data da Fundação: **10 / 10 / 2001**

Endereço: **AVENIDA DOM LUÍS, 1200, 16º ANDAR, SALA 1609, TORRE BUSINESS**

Bairro: **MEIRELES**

Município: **FORTALEZA**

UF: **CE**

CEP: **60.150-165**

Telefone: **0800 580 3639**

Email: **caap.brasil@gmail.com**

AUTORIZAÇÃO

Eu, WANDA CRISTINA COELHO FULGENCIO, CPF/MF nº 033.265.888-01, brasileiro (a), nascido (a) na data de 03/04/1962, beneficiário (a) do Regime Geral Previdência Social, residente e domiciliado (a) à RUA DOS JABURUS, JARDIM UIRA, 260

Município: SAO JOSE DOS CAMPOS

UF: SP CEP: 12227-650

portador (a) do benefício número 169.169.286-4 Espécie nº 42, sócio do CAAP - CAIXA DE ASSISTENCIA AOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS sob

o número CAAP03326588801, **AUTORIZO** o mesmo a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social-INSS, através do **CAAP - CAIXA DE ASSISTÊNCIA AOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS**, na condição de seu mandatário, o desconto da mensalidade de sócio, correspondente a 3% (três por cento) do valor de meu benefício previdenciário, cujo percentual, em valor nominal, corresponde a R\$ 70,87 (Setenta reais e Oitenta e Sete Centavos) a partir da competência 01/07/2022, como respaldo no disposto no Inciso V do Art. 115 da Lei 8.213, de 24 de julho de 1991.

Data de início da autorização: 15/06/2022

Data da revalidação: 15/06/2025

Declaro que estou:

I - Ciente e de acordo com as informações contidas nesta autorização, bem como que a revalidação desta autorização deverá ocorrer na competência 01/07/2025.

II - Recebendo, nesta oportunidade, uma via deste Termo de Autorização.

SAO JOSE DOS CAMPOS - SP

15/06/2022



Assinatura do Titular do beneficiário previdenciário

Maria Antonieta S. Garcia

CPF 632.677.643-00

Presidente - CAAP



Assinatura do Presidente ou representante legal da

CAAP - CAIXA DE ASSISTÊNCIA AOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS



Caixa de assistência aos aposentados
e pensionistas

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|------------------------|
| Nome do Proponente: WANDA CRISTINA COELHO FULGENCIO | | | |
| Estado Civil: CASADO(A) | Data de Nascimento: 03/04/1962 | RG: 9.293.343-9 | CPF: 033.265.888-01 |
| Endereço: RUA DOS JABURUS | | | Nº 260 |
| Bairro: JARDIM UIRA | Cidade: SAO JOSE DOS CAMPOS | | UF: SP |
| CEP: 12227-650 | | Matrícula Beneficiário: 169.169.286-4 | |
| Fone Residencial: | | Celular: (12) 99198-3207 | |
| E-mail: wandafulgencio@gmail.com.br | | | |

PLANO ASSOCIATIVO

REQUEIRO minha filiação à CAIXA DE ASSISTÊNCIA AOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS Denominada CAAP, CNPJ 04.721.637/0001-28 Localizada na Av. Dom Luis, Nº 1200, Sala 1609 - 16º andar, Meireles, CEP: 60.160-230.

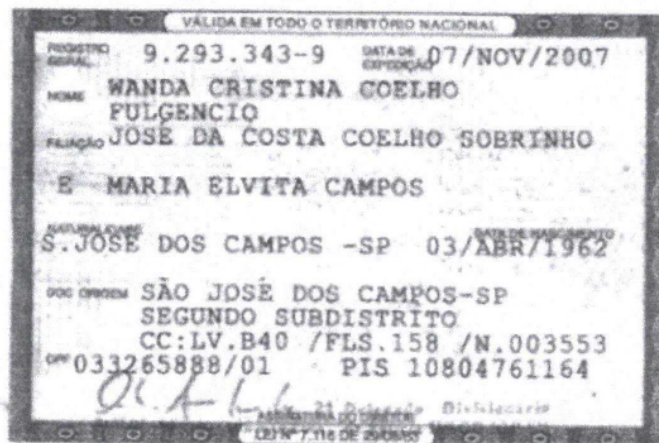
Ao assinar este termo associativo declaro estar ciente do mesmo e que através dele serei assistido pelos benefícios oferecidos pela entidade e participando dos ensejos, lutas e defesa da classe.

SAO JOSE DOS CAMPOS - SP
Local

15/06/2022
Data


Sócio

Av. Dom Luis, Nº 1200, Sala 1609 - 16º andar, Meireles, CEP: 60.160-230.
Fone: 0800 580 3639
caap.brasil@gmail.com



São Paulo, 08 de fevereiro de 2024.

OFÍCIO- nº 09/2024/SINDNAPI/PRESIDÊNCIA

Ao Instituto Nacional do Seguro Social - INSS

Divisão de Consignação em Benefícios - DCBEN

Coordenação Geral De Pagamentos de Benefícios - CGPAGs

Assunto: Resposta à solicitação de Termos de afiliação e autorizações de desconto.

O Sindicato Nacional dos Aposentados Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPIFS, vem perante a Vossa Senhoria, por meio de seu representante legal, Presidente **Milton Baptista de Souza Filho**, em resposta a solicitação em epígrafe, a qual **determina a apresentação da documentação pertinente à afiliação de GILBERTO GOMES DE OLIVEIRA, inscrito no CPF/MF sob o nº. 050.818.237-91; e NELSON NUNES DE OLIVEIRA, inscrito no CPF/MF sob o nº. 206.590.678-20**, dar cumprimento ao requerido conforme segue:

1- DA AFILIAÇÃO DE GILBERTO GOMES DE OLIVEIRA

No tocante aos documentos associativos do Sr. GILBERTO GOMES DE OLIVEIRA, inscrito no CPF/MF sob o nº. 050.818.237-91, se filiou ao SINDNAPIFS em 10/11/2003, e para tanto fez sua adesão presencialmente, com autorização de desconto em seu benefício, ressalta-se que na época o INSS não exigia cópia de documento de identificação, conforme se verifica na documentação acostada.



FICHA DE SÓCIO

ANEXO I

SINDICATO NACIONAL

DI



PREENCHER TODOS OS CAMPOS COM LETRA DE FORMA COMO NO EXEMPLO ABAIXO

NIO DA SILVA

Nº DO INSS APOSENTADO

45.796.806-5

Nº DO INSS PENSIONISTA

/

APOSENTADO/PENSIONISTA DO SERVIÇO PÚBLICO

☐ FEDERAL ☐ ESTADUAL ☐ MUNICIPAL

NDI

4010025320

GILBERTO GOMES DO OLIVEIRA

Nº CPF

050.818.237-91

DATA DE NASCIMENTO

25/01/1942

ESTADO CIVIL

☒ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ VIÚVO ☐ OUTROS

SEXO

☒ M ☐ F

ESCOLARIDADE

☐ NENHUMA ☐ 1ª GRAU ☐ 2ª GRAU ☐ SUPERIOR

DEPENDENTES - CARTÃO EXTRA

| | IDADE | GRAU | |
|----|-------|------|---------------|
| 1. | | | 01. ESPOSA |
| 2. | | | 02. FILHO (A) |
| 3. | | | 03. PAI/MÃE |
| 4. | | | 04. IRMÃO (A) |
| | | | 05. SOGRO (A) |
| | | | 06. OUTROS: |

TELEFONE RESIDENCIAL

(21) 2424-8290

☒ PRÓPRIO ☐ RECADOS

TELEFONE COMERCIAL (sem ramal, se houver)

() -

ENDEREÇO (Rua, Av., Al. etc.)

RUA IKAISU 159 JARDIM CARACARA ZACARETABA RJ

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CEP (número importante)

22.736-280

CIDADE

UF

VOCE TEM ALGUMA DAS DOENÇAS ABAIXO?

☐ ALERGIA ☐ LINFOMA ☐ INSUF. RESPIRATÓRIA
☐ ASMA ☐ ENFISEMA ☐ OSTEOPOROSE
☐ CÂNCER ☐ GLAUCOMA ☐ PARKINSON
☐ COLESTEROL ALTO ☐ INSUF. CARDÍACA ☐ PRESSÃO ALTA
☐ DEPRESSÃO ☐ INSUF. HEPÁTICA ☐ REUMATISMO
☐ DIABETES ☐ INSUF. RENAL ☐ ÚLCERA
☐ OUTRAS, QUAIS?

ESTÁ TOMANDO ALGUM MEDICAMENTO ATUALMENTE?

☐ NÃO ☐ SIM, QUAIS?

TEM ALEGRIA A ALGUM MEDICAMENTO?

☐ NÃO ☐ SIM, QUAIS?

TEM PLANO DE SAÚDE?

☐ NÃO ☐ SIM, QUAIS?

0.025.320

VALOR R\$

1. Declaro que as informações prestadas por mim são verdadeiras;
2. Autorizo o desconto das Mensalidades Associativas perante o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), conforme inciso 5 do Art. 115 da Lei 8.213 de 24 de Junho de 1991, para serem descontadas em uma única parcela no valor de R\$ 6,00 (Seis Reais) a cada 12 meses;
3. Autorizo que os dados cadastrais acima informados sejam aproveitados para desenvolvimento de pesquisas que possam reverter em benefícios, direitos ou indiretos, aos sindicalizados;
4. Cada cartão de dependente implica em um custo adicional de R\$ 5,00 (Cinco Reais) ao sócio titular.

CÓDIGO DO SINDICATO

DATA

20/03/2003

ASSINATURA (como será usada no cartão)

X. Gilvato Gomes do Oliveira

Ficha de Sócio e Autorização de Descontos

No presente caso, no momento da afiliação, o autor assinou
AUTORIZAÇÃO DE DESCONTOS, permitindo, assim, que fossem procedidos os descontos
associativos em seu benefício previdenciário.

| | | |
|---|---|----------------------------|
| <p>1. Declaro que as informações prestadas por mim são verdadeiras;</p> <p>2. Autorizo o desconto das Mensalidades Associativas perante o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), conforme Inciso 5 do Art. 115 da Lei 8.213 de 24 de Junho de 1991, para serem descontadas em uma única parcela no valor de R\$ 6,00 (Seis Reais) a cada 12 meses;</p> <p>3. Autorizo que os dados cadastrais acima Informados sejam aproveitados para desenvolvimento de pesquisas que possam reverter em benefícios, diretos ou indiretos, aos sindicalizados;</p> <p>4. Cada cartão de dependente implica em um custo adicional de R\$ 5,00 (Cinco Reais) ao sócio titular.</p> | | <p>CÓDIGO DO SINDICATO</p> |
| <p>DATA</p> <p>10/23/2003</p> | <p>ASSINATURA (como será usada no cartão)</p> <p>X. <i>Gilberto Gomes de Oliveira</i></p> | |

Oportuno salientar que à época da afiliação do Sr. Gilberto (NOVEMBRO/2003), a consignação da contribuição associativa junto ao INSS ocorria de forma anual, no valor de R\$ 6,00 (seis reais). Contudo, através da Ata da Assembleia Geral realizada durante o Segundo Congresso Nacional do SINDNAPI, o que ocorreu em JULHO/2004, o artigo 19 do Estatuto Social foi modificado para alterar a forma de desconto da mensalidade associativa de anual para mensal, em um percentual de 0,4% (zero vírgula quatro por cento) do valor do benefício, em conformidade com o pedido feito pelo Ministério da Previdência.

S APOSENTADOS

proporcional aos sócios da região; alteração do artigo 16, modificando a periodicidade das assembleias ordinárias de semestrais para anuais; alteração da redação do artigo 18, sem modificação de conteúdo; alteração do artigo 19 para modificar a forma de desconto da mensalidade associativa de anual para mensal, ainda, para estabelecer o valor da mensalidade em um percentual de 0,4% (zero vírgula quatro por cento) do valor do benefício, de conformidade com a solicitação feita pelo próprio Ministério da Previdência no sentido de alterar a contribuição associativa de valor fixo para valor representado por um percentual mensal, sob alegação de dificuldades de ordem técnica e para constar que tanto a Assembleia Geral quanto o Congresso Nacional poderá modificar as mensalidades associativas, bem como incluir o parágrafo quarto que determina a forma de pagamento da mensalidade associativa, daqueles que

Ressalte-se que, em SETEMBRO/2008, conforme Ata da Assembleia Geral realizada durante o Terceiro Congresso Nacional do SINDNAPI, o percentual descontado a título de mensalidade passou de 0,4% (zero vírgula quatro por cento) para 0,5% (zero vírgula cinco por cento).

das vantagens de se tornar sócio do Sindicato; a seguir o Sr. Cláudio Aureliano Moreira – Titular Conselho Fiscal lembra que no dia 1º de Outubro é considerado o Dia Nacional do Idoso; a seguir o Sr. Darci Callegari – Diretor Nacional de Comunicação fala para todos lerem o Boletim Interno por ele redigido e enviado por e-mail todas as quintas-feiras. Retomando a palavra o Presidente João Batista Innocentini apresenta a proposta de elevação na mensalidade associativa de 0,10% (zero vírgula dez por cento) que passará de 0,40% (zero vírgula quarenta por cento), para 0,50 (zero vírgula cinquenta por cento), de conformidade ao que estabelece o Estatuto Social no seu artigo 92 – capítulo XX que é colocada em votação à proposta e aprovada por unanimidade. Como nada mais houvesse a ser tratado foi encerrada a reunião sendo lavrada a ata que vai assinada por mim Arnaldo Gonçalves – Secretário Geral e pelo Sr. João Batista Innocentini – Presidente Nacional. Americana, 06 de setembro de 2008.

Destarte que em recente Assembleia Geral Extraordinária realizada em 16/12/2021, o percentual descontado a título de mensalidade, a partir do mês de JANEIRO/22, passou de 0,5% (zero vírgula cinco por cento), para 0,6% (zero vírgula seis por cento), conforme atesta a Ata de Assembleia Geral Extraordinária, realizada pelo órgão máximo da entidade requerida.

Disse também que o repasse de 0,2% de cada mensalidade para a Cooperativa de Crédito não será mais realizado. Prosseguindo, o senhor Presidente João Batista Inocentini solicitou ao senhor Secretário Geral, Paulo José Zanetti que submetesse a votação a proposta do novo percentual da mensalidade associativa que deverá entrar em vigor a partir de 1º de janeiro de 2022, bem como a posterior alteração do percentual de 0,5% para 0,6%, assim como a cessação do repasse de 0,2% para a Cooperativa de Crédito, tendo a plenária aprovado por maioria absoluta de votos. Foi registrado 01 (um) voto contra e nenhuma abstenção. Prosseguindo, o senhor Presidente Nacional João Batista Inocentini propôs à plenária que nenhum diretor da Entidade eleito neste Congresso, baseado no Decreto Federal nº 8.726, de 2016 e, conforme orientações do Ministério Público Federal, fará jus a ajuda de custo ou eventual *pro labore*. Cada diretor poderá receber um prêmio pelo serviço prestado à Entidade, o qual ficará vinculado às horas de contribuição para a consecução dos objetivos da Entidade, como também não possuirá em momento algum conforme disposição Estatutária, vínculo empregatício com o Sindicato. Assim sendo solicitou ao senhor Secretário Geral, Paulo José Zanetti que submetesse a presente proposta para aprovação da plenária a qual serviu para a seguinte proposta:



Oportuno frisar que, além de se filiar, ESPONTANEAMENTE, ao SINDNAPIFS, fornecendo toda documentação supra, o Sr. Gilberto Gomes de Oliveira também autorizou expressamente, a realização dos descontos da mensalidade associativa junto ao seu benefício previdenciário, de modo que, desde sua filiação, passou a ter direito de usufruir de todos os benefícios oferecidos pela entidade.




Observa-se, que o Sr. Gilberto já realizou o pedido de desfiliação foi feito em 31/05/2023 diretamente pelo INSS via Web e foi realizado o último desconto no mês 04/2023.

2- DA AFILIAÇÃO DE NELSON NUNES DE OLIVEIRA

No tocante aos documentos associativos do Sr. NELSON NUNES DE OLIVEIRA, inscrito no CPF/MF sob o nº. 206.590.678-20, o mesmo se filiou ao SINDNAPIFS em 15/09/2009, e para tanto fez sua adesão presencialmente, com autorização de desconto em seu benefício, onde forneceu a cópia de seu documento de identificação, conforme se verifica na documentação acostada.



**SINDICATO NACIONAL
DOS APOSENTADOS
SINDNAPI**

| | | | |
|---|--|---|--|
|   *4010209756* | | 1015871266405001 | |
| FICHA CADASTRAL PROPOSTA DE ADESAO | | POSTO Nº101587/103042 | |
| TIPO e Nº do BENEFÍCIO de APOSENTADO INSS 4 2 / 1 0 6 8 8 8 9 6 2 - 1 PREENCHIMENTO OBRIGATORIO | | TIPO e Nº do INSS PENSIONISTA / | |
| APOSENTADO/ PENSIONISTA DO SERVIÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal | | Nº CPF/MF 2 0 6 . 5 9 0 . 6 7 8 - 2 0 PREENCHIMENTO OBRIGATORIO | |
| NOME COMPLETO PREENCHIMENTO OBRIGATORIO N E L S O N N U N E S D E O L I V E I R A | | | |
| DATA DE NASCIMENTO 1 6 0 8 4 6 PREENCHIMENTO OBRIGATORIO | | SEXO <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino | |
| RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> Própria <input checked="" type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Outros | | | |
| ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo | | ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1º grau <input checked="" type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> Superior | |
| NACIONALIDADE <input checked="" type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira | | | |
| Nº de DEPENDENTES 0 1 | | IDENTIDADE (RG) 9 7 4 9 7 0 3 | |
| DATA DE EMISSÃO 2 7 1 0 7 5 | | ÓRGÃO EXPEDIDOR UF s s p S P | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua, Avenida, Al, etc...) R u a J o r g e F e r r e i r a | | | |
| Nº 3 0 0 | | COMPLEMENTO C a s a | |
| BAIRRO J a r d i m T a m o i o | | CIDADE B e r t i o g a | |
| CEP 1 1 2 5 0 - 0 0 0 | | UF S P | |
| TELEFONE (DDD e NUMERAÇÃO) (13) - 33176158 | | TELEFONE CELULAR (DDD e NUMERAÇÃO) () | |
| NOME DA MÃE E n c c i a o b e n i n o d e O l i v e i r a | | | |
| NOME DO CONJUGE | | | |
| Nº do BANCO | | NOME DO BANCO | |
| Nº da AGENCIA | | CONTA CORRENTE | |
| <div>1. Declaro que as informações prestadas por mim são verdadeiras. 0.209.756</div> <div>2. Autorizo que os dados cadastrais acima informados sejam aproveitados para o a... olvimento de pesquisas que possam reverter em benefícios, diretos ou indiretos, aos sindicalizados.</div> <div>DATA: 1 5 / 0 9 / 0 9</div> <div>ASSINATURA: </div> | | | |

Ficha de Sócio

Rua do Carmo, 171 - Centro - São Paulo - SP - CEP 01019-020
www.sindicatodosaposentados.org.br
55 11 3293-7500 | 55 11 3531-4600 | 55 11 9 6348-7396



24
Janeiro
Dia Nacional dos
Aposentados



**SINDICATO NACIONAL
DOS APOSENTADOS**

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO DA MENSALIDADE

Eu, **NELSON NUNES DE OLIVEIRA**

portador do benefício nº 1068889621, nascido em 16 / 08 / 1946,

residente à Rua Jorge Ferreira 300

Casa - Jardim Tamoio - Bertioga

Estado SP Nome da mãe Encciaobenino de Oliveira

pelo presente, autorizo o desconto mensal de 0,50% no meu benefício em favor do
SINDICATO NACIONAL DOS APOSENTADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS DA
FORÇA SINDICAL-SINDNAPI/FS, conforme o inciso V, artigo 115 da Lei nº 8.213,
de 24/07/1991, e Decreto 3.048, artigo 154, inciso V de 06/05/1999.

15 de Setembro de 2009

Local e data


Assinatura

Autorização de Descontos

Rua do Carmo, 171 - Centro - São Paulo - SP - CEP 01019-020
www.sindicatodosaposentados.org.br
55 11 3293-7500 | 55 11 3531-4600 | 55 11 9 6348-7396

Oportuno frisar que, além de se filiar, ESPONTANEAMENTE, ao SINDNAPIFS, fornecendo toda documentação supra, o Sr. Nelson Nunes de Oliveira também autorizou expressamente, a realização dos descontos da mensalidade associativa junto ao seu benefício previdenciário, de modo que, desde sua filiação, passou a ter direito de usufruir de todos os benefícios oferecidos pela entidade.

Observa-se, que o Sr. Nelson efetuou o pedido de desfiliação diretamente via INSS em 28/02/2023, de modo que o último desconto se deu no mês 01/2023.

Estamos à disposição para eventuais novos esclarecimentos que se fizerem necessários, bem como aproveitamos o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

Atenciosamente,



Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos Força Sindical – SINDNAPI

Milton Baptista de Souza Filho – Presidente



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 MARCILIA DOS SANTOS FERRO



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
 14158532 SSP/SP

CPF
 071.045.308-60 DATA NASCIMENTO
 20/05/1964

FILIAÇÃO
 JAIME RODRIGUES FERRO
 MARIA DOS SANTOS

PERMISSÃO
 ACC CAT. HAB.
 B

NP REGISTRO
 02369518470 VALIDADE
 29/01/2019 1ª HABILITAÇÃO
 07/10/1992

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 841452637

OBSERVAÇÕES
 SAO PAULO

[Assinatura]
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 SAO PAULO, SP

DATA EMISSÃO
 30/01/2014

[Assinatura]
 Daniel Antônio...

87381148664
 SP619907037

DETRAN-SP (SAO PAULO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
 841452637

FICHA DE FILIAÇÃO

DADOS PESSOAIS

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------------|------------------|
| Nome Marcília Dos Santos Ferro | | CPF 071.045.308-60 | |
| Benefício Nº 1625545930 | Identidade 141585328 | Nascimento 20/05/1964 | Sexo FEMININO |
| Estado Civil Outros | Naturalidade SAO PAULO | Nacionalidade BRASILEIRA | |
| Nome do Pai Não Informado | | Nome da Mãe MARIA DOS SANTOS | |

ENDEREÇO

| | | | |
|---|----------|--------------------|--|
| Logradouro AV NOSSA SRA DO SABARA 960 AP 131 TORRE | | Número | |
| Complemento | | Bairro VILA ISA | |
| Cidade SAO PAULO | UF SP | CEP 4686001. | |

CONTATOS

| | |
|--|--|
| Tel. Residencial/Celular/SMS/WhatsApp (11)964788868 | E-mail MARCILIADOSFERRO@HOTMAIL.COM |
|--|--|

DEPENDENTES

| | | |
|--------------------------|------------|---------------|
| NOME | PARENTESCO | NASCIMENTO |
| Art. 792 do Código Civil | Outros | Não informado |

1. Declaro que as informações prestadas por mim são verdadeiras;

2. Autorizo que os dados cadastrais acima informados sejam aproveitados para desenvolvimento de pesquisas que possam reverter em benefícios dos idosos, aposentados e pensionistas.

SAO PAULO, 22 de Outubro de 2022

Local e Data

Marcília D. S. Ferro

Assinatura do titular do benefício previdenciário



Número do documento: 37922q71hb653b58xe0w589sn5o0x9

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 75442311.

BENEFÍCIO Nº 1625545930

ESPÉCIE: 42

Sindicato: ASSOCIAÇÃO AMAR BRASIL CLUBE DE BENEFÍCIOS – ABCB/BR

CNPJ: 39.911.488/0001-44

Telefone: (11) 9 3346-5914 / 0800 000 0177

Data da Fundação: 25/11/2020

Endereço: Rua Agenerio Araujo, 366

Bairro: Camargos

Município: Belo Horizonte

UF: MG

CEP: 30.520-220

E-mail: sac@abcbbr.org / contato@amarbrasilclube.com

AUTORIZAÇÃO

Eu, **Marcília Dos Santos Ferro**, CPF/MF nº **071.045.308-60**, brasileiro (a), nascido(a) na data de **20/05/1964**, do Regime Geral de Previdência Social, residente e domiciliado (a) à **AV NOSSA SRA DO SABARA 960 AP 131 TORRE n VILA ISA**
Município: **SAO PAULO** UF: **SP** CEP: **4686001**, portador (a) do benefício número **1625545930** Espécie Nº **42**,
sócio da Associação Amar Brasil Clube de Benefícios - ABCB/BR sob o número _____, AUTORIZO o mesmo a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social-INSS, através da ABCB/BR, na condição de seu mandatário, o desconto da mensalidade de sócio, correspondente a 2,5% do valor do meu benefício previdenciário, cujo percentual, em valor nominal, corresponde a quantia de **R\$ 70,87 (quarenta e quatro reais e dezoito centavos)** a partir da competência **01/12/2022**, com respaldo no disposto no Inciso do Art.115 da Lei 8.213, de 24 de julho de 1991.

Data de início da autorização: 22/10/2022

Data da revalidação: 01/12/2025

Declaro que estou:

I - ciente e de acordo com as informações contidas nessa autorização, bem como que a revalidação desta autorização deverá ocorrer na competência **12/2025**

II - recebendo, nesta oportunidade, uma via deste Termo de Autorização Assinatura do titular do benefício previdenciário

SAO PAULO, 22 de Outubro de 2022

Local e Data

Marcília D. S. Ferro

Assinatura do titular do benefício previdenciário

José Luiz Piva

Assinatura do presidente ou representante legal da ABCB/BR



Número do documento: 37922q71hb653b58xe0w589sn5o0x9

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 75442311.

Ficha de Filiação Associação ABCB-BR

Documento criado em: 22/10/2022

Número do documento: 37922q71hb653b58xe0w589sn5o0x9

Versão do documento: 20



Assinaturas

Marcília Dos Santos Ferro

Tipo de assinatura:

Documento de identificação: 071.045.308-60

Email: MARCILIADOSFERRO@HOTMAIL.COM

Telefone: (11)964788868

Token único da assinatura: 37922q71hb653b58xe0w589sn5o0x9

Marcília D. S. Ferro

Assinatura desenhada no dispositivo

Latitude: -23,5415

Longitude: -46,6350

22/10/2022 - 16:23:36

Janie Lupianhez Piva

Tipo de assinatura: AUTOMÁTICA (Conta: 97055c683eb866a5720e5e38dd99872b)

Documento de identificação: 006.245.178-29

Email: contato@abcbbr.org

Telefone: (11) 93346-5914

Token único da assinatura: 26343b3349e512952c19f5e6380009ea

Nível de segurança: Assinatura automática (Autenticação de Conta - ABCB-BR)

Janie Lupianhez Piva

Log

22/10/2022 - 12:21:22 - Documento criado via API

22/10/2022 - 12:22:27 - Janie Lupianhez Piva assinou automaticamente este documento

22/10/2022 - 16:23:36 - Marcília Dos Santos Ferro assinou este documento



Documento assinado por todos os participantes em: 22/10/2022 - 16:23:36

Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2.

Este Log é exclusivo ao documento número 37922q71hb653b58xe0w589sn5o0x9
prescritos nos Termos de Uso da ABCB-BR disponível em www.abcbbr.org.

e deve ser considerado parte do mesmo, com os efeitos

Hash do documento original

(SHA256): 36cbacd65f4a6382b5775d09a7f3b516664482fd678a0af5bc1dd2cb0bf105c3

UNIVERSO - ASSOCIACAO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL

BENEFÍCIO Nº 1691373521 ESPÉCIE: 41

Sindicato/Associação: UNIVERSO - ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL

CNPJ:08302024/0001-07

Data da Fundação: 11/08/2006

Endereço: RUA BAHIA, 313 CASA A

Bairro: SIQUEIRA CAMPOS

Município: ARACAJU UF: SE

CEP: 49075-000

Telefone: 0800-353-5555

E-mail: sac@associacaouniverso.org.br

AUTORIZAÇÃO

Eu, ISABEL CRISTINA VITAL DE MOURA, CPF/MF nº101.904.654-68, brasileiro (a), nascido (a) na data de 26/01/1954, beneficiário (a) do Regime Geral de Previdência Social, residente e domiciliado (a) à RUA SETENTA E CINCO, 69 C - MARANGUAPE II Município:Paulista UF:Pernambuco CEP: 53421340, portador (a) do benefício número 1691373521 Espécie nº 41, sócio da UNIVERSO - ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL - INSS sob o número 1962160, AUTORIZO o mesmo a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social- INSS, através da ASSOCIACAO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DOS REGIMES GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL (UNIVERSO) na condição de seu mandatário, o desconto da mensalidade de sócio, correspondente a 2,2% (dois inteiros e dois décimos por cento), do valor de meu benefício previdenciário, a partir da competência 01/___/___, com respaldo no disposto no Inciso V do Art. 115 da Lei 8.213, de 24 de julho de 1991.

Data de início da autorização: 03/11/2022

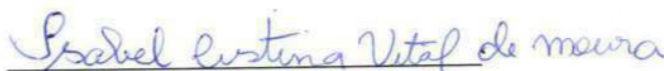
Data da revalidação: 03/11/2025

Declaro que estou:

I - ciente e de acordo com as informações contidas nesta autorização, bem como que a revalidação desta autorização deverá ocorrer na competência ___/2025.

II - recebendo, nesta oportunidade, uma via deste Termo de Autorização.

Aracaju-SE, 03/11/2022.


Assinatura do titular do benefício previdenciário



Assinatura do Presidente ou representante legal da
ASSOCIACAO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL
DE PREVIDENCIA SOCIAL (UNIVERSO)



UNIVERO - ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DOS REGIMES GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL

TERMO DE FILIAÇÃO

Eu, **ISABEL CRISTINA VITAL DE MOURA** brasileiro (a), nascido (a) na data de **26/01/1954**, portador (a) do CPF nº **101.904.654-68** domiciliado em **RUA SETENTA E CINCO, 69 C - MARANGUAPE II, 69, C Comp C Bairro MARANGUAPE II Município Paulista UF Pernambuco CEP 53421340** Telefone: **16991373521**, e-mail: venho manifestar minha vontade e requerer/confirmar minha inscrição como associado à **UNIVERO - ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL - INSS** CNPJ 08302024/0001-07, DECLARANDO estar ciente de que minha mensalidade associativa, quando cobrada através do desconto diretamente em meu benefício, será realizada através da UNIVERO, esta entidade está vinculada e aparecerá em meu extrato de pagamento de benefício com o nome "**CONTRIBUIÇÃO AAPPS UNIVERO**" ou outro nome que venha a ser adotado pelo INSS.

Declaro também pelo presente termo que reconheço minha condição de associado perante a entidade acima e que estou ciente do inteiro teor de seu estatuto social, assembleias gerais e outros normativos internos.

Declaro ainda estar ciente dos benefícios que a associação oferece de acordo com a mensalidade que pagarei e que terei acesso aos mesmos enquanto o pagamento da mesma estiver em dia, sendo ainda que esses mesmos benefícios podem sofrer novas inclusões, alterações ou mesmo o cancelamento, sem prejudicar a relação associativa existente.

Através do presente instrumento, aqui denominado (a) como TITULAR, venho por meio deste, autorizar que a UNIVERO - ASSOCIACAO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DOS REGIMES GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL, inscrita no CNPJ sob nº08302024/0001-07, aqui denominada como CONTROLADORA responsável pela coleta, armazenamento e tratamento de dados pessoais, em razão do contrato acima exposto, disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018.

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais do Titular com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

O Titular poderá revogar seu consentimento, a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

Não havendo interesse em permanecer associado, deverei solicitar formalmente o meu desligamento.

Aracaju/SE. 03/11/2022

Valdira Prado Santana Santos

Assinatura do Presidente da Associação AAPPS UNIVERO

Isabel Cristina Vital de Moura

Assinatura ou impressão digital do associado (titular)

Obs.: A assinatura deve ser conferida com o documento apresentado.

É imprescindível que se anexe cópia de documento original com foto e assinatura igual ao documento fornecido.

**END: RUA BAHIA, 313 CASA A, BAIRRO SIQUEIRA CAMPOS
ARACAJU/SE - CEP: 49075-000
CNPJ: 08.302.024/0001-07**





Dossiê da Proposta 30193

Comprador - FRANCISCO DE ASSIS HENRIQUE

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| CPF: 188.202.475-34 | TELEFONE: (38) 991309000 | E-MAIL: |
| DATA DE NASCIMENTO: 16/04/1961 | SEXO: Masculino | NOME DA MÃE: MARIA HENRIQUE SOARES |
| NACIONALIDADE: Brasileira | NATURALIDADE: Janaúba | ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A) |
| NÚMERO DO DOCUMENTO: 188.202.475-34 | DATA DE EMISSÃO: 02/02/2000 | ORGÃO EMISSOR: SSP |

Dados residenciais

| | | | |
|-----------------------------|--|---------------------------|--------------|
| CEP: 57.304-140 | LOGRADOURO: Rua Francisco de Paula Magalhães | NÚMERO: 23 | COMPLEMENTO: |
| BAIRRO: Primavera | CIDADE: Arapiraca | ESTADO: Alagoas | |

Dados de ocupação

| |
|-------------------------------------|
| RENDIA: R\$ 4.552,02 |
| EMPRESA: |
| CARGO: |
| DATA DE ADMISSÃO: 08/02/2024 |
| ENDEREÇO COMERCIAL: |

Dados de conta

| | | | |
|--------|------------|--------|----------------|
| BANCO: | AGÊNCIA: - | CONTA: | TIPO DE CONTA: |
|--------|------------|--------|----------------|

Evolução da proposta

| | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|
| PRODUTO: Filiação Sindical / Taxa Associativa - SINAB | TIPO DE NEGÓCIO: Painel Comercial | criação: 24/03/2023 15:10:34 | ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO: 25/03/2023 19:08:00 |
|--|--|-------------------------------------|--|

Dados financeiros

| | |
|-----------------------|---------------------------------|
| VALOR R\$ 0,00 | PARCELAS: 1x de R\$ 0,00 |
|-----------------------|---------------------------------|

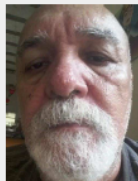
Dados do agente

| |
|-------------------------------|
| JESSICA CARDOSO SOARES |
|-------------------------------|

CPF: 128.449.576-09
TELEFONE: (31) 991373540
LOCALIZAÇÃO:

Documentos

Selfie Cliente



DATA/HORA: 25/03/2023 12:11:55
LOCALIZAÇÃO: -15.802402859588353,-43.30902814865112
BROWSER: Nome: Chrome Versão: 111.0.0.0
CPU: amd64
MECANISMO: Nome: Blink Versão: 111.0.0.0
SISTEMA OPERACIONAL: Nome: Windows Versão: 10
IP: 10.138.32.192

Documento de Identificação



DATA/HORA: 25/03/2023 12:11:40
LOCALIZAÇÃO: -15.802402859588353,-43.30902814865112
BROWSER: Nome: Chrome Versão: 111.0.0.0
CPU: amd64
MECANISMO: Nome: Blink Versão: 111.0.0.0
SISTEMA OPERACIONAL: Nome: Windows Versão: 10
IP: 10.138.32.192

Contrato: SINAB - Termo Adesão

DATA/HORA: 25/03/2023 12:14:31
LOCALIZAÇÃO: -15.802402859588353,-43.30902814865112
BROWSER: Nome: Chrome Versão: 111.0.0.0
CPU: amd64
MECANISMO: Nome: Blink Versão: 111.0.0.0
SISTEMA OPERACIONAL: Nome: Windows Versão: 10
IP: 10.138.32.192

Formulários

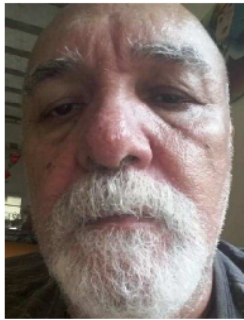
Tela de Grau de Instrução

Documentos da proposta

Comprador

Selfie Cliente

Documento de Identificação



Hash

a6925e1d8e2657d7baa5bd8ea1d74e2b833d3eb1cd50327d4df07b901e489521



Sindicato Nacional dos Aposentados do Brasil - SINAB
Av. Brigadeiro Luís Antônio, 878, 1o andar, sala 11
Bela Vista | São Paulo | SP | CEP 01318-002
CNPJ: 23.713.047/0001-06

Nome: FRANCISCO DE ASSIS HENRIQUE

CPF/MF Nº: 188.202.475-34

Data de nascimento: 16/04/1961

Doc. Identificação: 18.820.247

Órgão Expedidor: SSP

Telefone: (38) 991309000

Tipo de Benefício: APOSENTADORIA POR TEMPO DE CONTRIBUICAO

Nº do benefício: 1733683647

A ASSISTÊNCIAS / BENEFÍCIOS

Plano/Desc.em Folha 3%

Assistência Saúde / Assist. Funeral Individual / Morte Acidental / Desc. Diversos e demais benefícios podem ser consultados no site <https://sinab.net.br>

Este Termo de Adesão é emitido e assinado em 2 (duas) vias, sendo que uma permanece com o(a) Proponente.

Local: Arapiraca

Data: 25/03/2023

**SOMENTE SE
ANALFABETO OU PNE**

ASSINATURA DO(A) PROPONENTE

**Polegar direito
do(a) Proponente**

CPF/RG: 188.202.475-34

Testemunhas (somente se analfabeto ou PNE)

1. _____

2. _____

Nome:
CPF/RG:

Nome:
CPF/RG:

O presente Termo de Adesão visa conceder a você, além dos benefícios do **SINA B**, acesso a um clube de benefícios e vantagens, que consiste em uma plataforma digital com uma série de benefícios e vantagens em diferentes segmentos da economia, com foco em produtos e serviços de seguridade, financeiro, educação, saúde, esporte e lazer, junto a diversas empresas parceiras de forte relevância nas suas respectivas áreas de atuação. Pelo presente Termo de Adesão, a Plataforma, por meio de parceria junto ao **SINDICATO NACIONAL DOS APOSENTADOS DO BRASIL ("SINA B")**, oferecerá a você os seguintes benefícios, mediante contraprestação na forma de contribuição associativa, estabelecida abaixo: Seguro de Acidentes Pessoais, Invalidez Permanente por Acidente, Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas, Serviço de Assistência Funeral Individual, Assistência Domiciliar, Assistência Saúde em Dia (Descontos em Medicamentos, Consultas e Exames Laboratoriais), Capitalização com Sorteios Mensais, além de vários descontos em mais de 300 parceiros. Para saber maiores detalhes, consulte os canais de atendimento do sindicato.

A Plataforma, em conjunto com o **SINA B**, se obriga a observar e cumprir com (i) todas as normas vigentes aplicáveis à privacidade e proteção de dados pessoais, especialmente Constituição Federal, Código de Defesa do Consumidor, Marco Civil da Internet (Lei Federal n.º 12.965/2014 e Decreto n.º 8.771/2016), Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n.º 13.709/2018) e demais normas setoriais aplicáveis. Nesse sentido, sua análise e aceitação dos Termos de Uso, Política de Privacidade e Termo de Consentimento para Dados Pessoais da Plataforma serão solicitados a você, em conjunto com o presente Termo de Adesão, de forma a manter a transparência no tocante à eventuais utilizações de seus dados pessoais e como tais dados serão utilizados, sempre com seu conhecimento. Para saber mais, consulte a Política de Privacidade e os Termos de Uso disponíveis nos sites.

Declarações:

1. Declaro que as informações acima são exatas e verídicas, que os documentos apresentados são autênticos e que qualquer alteração será por mim informada e comprovada em até 10 (dez) dias úteis;
2. Autorizo o SINA Ba confirmar a exatidão das minhas informações em sites e/ou acessos disponibilizados por entes públicos;
3. Autorizo o SINA Be seus parceiros a informar e/ou consultar informações financeiras relacionadas ao meu CPF, que constem ou venham a constar em bancos de dados de proteção ao crédito;
4. Declaro que li e compreendi todas as cláusulas e condições do Estatuto Social e do Regimento interno do SINAB aos quais adiro e me submeto espontaneamente por meio deste Termo de Adesão, conforme plano assinalado acima;
5. Entendo que esta adesão é autônoma e que, preferencialmente, a contribuição assistencial será descontada diretamente do meu benefício;
6. Tenho ciência de que terei o direito a gozar dos benefícios oferecidos pelo SINA Ba partir da data da assinatura deste termo e que, no mês subsequente o desconto da contribuição associativa será efetuado diretamente do meu benefício previdenciário, o qual autorizo ao Instituto Nacional do Seguro Social - INSS proceder desde já, levando em consideração o período de isenção, caso haja;
7. Entendo que o desconto da contribuição associativa poderá ser automaticamente cancelado em caso de falecimento ou suspensão do benefício, ou que poderei cancelá-lo a qualquer tempo, por requerimento escrito, datado e assinado com reconhecimento de firma, o qual, em razão das suas características, ocorrerá conforme validação do INSS;
8. Declaro ter recebido orientação acerca dos benefícios oferecidos pelo SINAB, dentre eles, mas não limitado, aos descritos neste Termo de Adesão;
9. Autorizo o SINAB e seus parceiros a utilizar meus dados para me informar acerca de produtos e serviços que possam ser do meu interesse, ressalvado o meu direito de revogar a presente autorização a qualquer momento, por meio dos Canais de Atendimento disponíveis;
10. Central de Atendimento - Tel.: 11 3101-0655 ou e-mail: contato@sinab.net.br, de 2ª a 6ª, das 8h às 18h “exceto feriados”.

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO



Sindicato Nacional dos Aposentados do Brasil - SINAB

CNPJ/MF: 23.713.047/0001-06 Data da Fundação: 05/11/2015

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 878, 1o andar, sala 11

Bela Vista | São Paulo | SP | CEP 01318-002

Tel: 11 3101-0655 | e-mail: contato@sinab.net.br

Nº 30193

Eu, FRANCISCO DE ASSIS HENRIQUE brasileiro(a) nascido(a) em 16/04/1961 em Janaúba inscrito(a) no CPF/MF sob nº 188.202.475-34 beneficiário(a) do Regime Geral da Previdência Social, residente e domiciliado(a) no Município de Arapiraca, Estado AL na Rua/Av. Rua Francisco de Paula Magalhães, 23, CEP: 57.304-140 portador(a) do Benefício nº 1733683647, Espécie APOSENTADORIA POR TEMPO DE CONTRIBUICAO Associado(a) ao Sindicato Nacional dos Aposentados do Brasil ("SINAB"), sob Nº 30193 AUTORIZO o SINAB, o qual é filiado à CSB - Central dos Sindicatos Brasileiros, a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social — INSS, na condição de mandatária, o desconto da mensalidade de associado, correspondente a 3% (três por cento) do valor de meu benefício previdenciário, cujo percentual, em valor nominal, corresponde a R\$ 45,00, (quarenta e cinco reais) do valor do meu benefício previdenciário, não excedendo o limite máximo estipulado no Acordo de Cooperação Técnica - ACT com o INSS. Além de não ser descontado sobre o décimo terceiro salário ou qualquer outro pagamento extraordinário, a partir da competência 05/2023, com respaldo no disposto ao inciso V, do artigo 115, da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991.

Data de início da autorização: 25/03/2023

Data da revalidação: 25/03/2026

Declaro que estou:

I. ciente e de acordo com as informações contidas nesta autorização, bem como que a revalidação desta autorização deverá ocorrer na competência 03/2026.

II. recebendo, nesta oportunidade, uma via deste Termo de Autorização.

Arapiraca

Local

25/03/2023

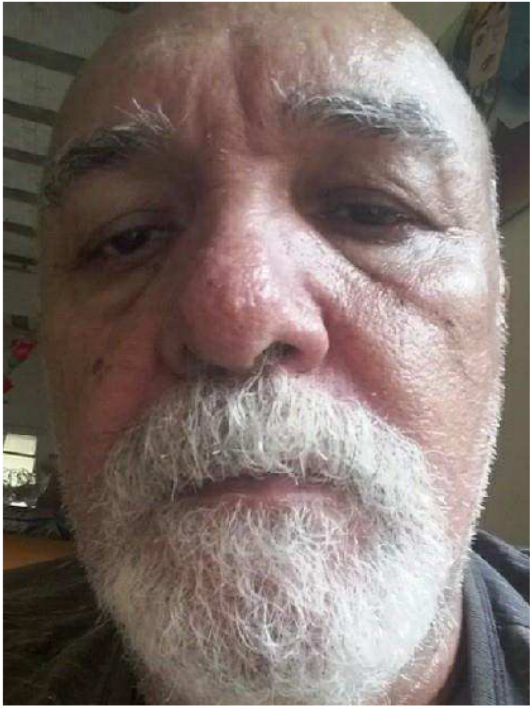
Data

Assinatura ou impressão digital do(a) titular do benefício previdenciário

Assinatura do Presidente ou representante legal do SINAB

Assinatura:

Selfie:



Documento:



Hash: 61eb8f59db429bb8a2c38164c1eeab4f10432011e3582c58504bee366b077877

São Paulo, 08 de fevereiro de 2024.

OFÍCIO- nº 09/2024/SINDNAPI/PRESIDÊNCIA

Ao Instituto Nacional do Seguro Social - INSS

Divisão de Consignação em Benefícios - DCBEN

Coordenação Geral De Pagamentos de Benefícios - CGPAGs

Assunto: Resposta à solicitação de Termos de afiliação e autorizações de desconto.

O Sindicato Nacional dos Aposentados Pensionistas e Idosos da Força Sindical - SINDNAPIFS, vem perante a Vossa Senhoria, por meio de seu representante legal, Presidente **Milton Baptista de Souza Filho**, em resposta a solicitação em epígrafe, a qual **determina a apresentação da documentação pertinente à afiliação de GILBERTO GOMES DE OLIVEIRA, inscrito no CPF/MF sob o nº. 050.818.237-91; e NELSON NUNES DE OLIVEIRA, inscrito no CPF/MF sob o nº. 206.590.678-20**, dar cumprimento ao requerido conforme segue:

1- DA AFILIAÇÃO DE GILBERTO GOMES DE OLIVEIRA

No tocante aos documentos associativos do Sr. GILBERTO GOMES DE OLIVEIRA, inscrito no CPF/MF sob o nº. 050.818.237-91, se filiou ao SINDNAPIFS em 10/11/2003, e para tanto fez sua adesão presencialmente, com autorização de desconto em seu benefício, ressalta-se que na época o INSS não exigia cópia de documento de identificação, conforme se verifica na documentação acostada.



SINDICATO NACIONAL

DI



FICHA DE SÓCIO

ANEXO I

PREENCHER TODOS OS CAMPOS COM LETRA DE FORMA COMO NO EXEMPLO ABAIXO

NIO DA SILVA

Nº DO INSS APOSENTADO

45.736.805-5

Nº DO INSS PENSIONISTA

/

APOSENTADO/PENSIONISTA DO SERVIÇO PÚBLICO

☐ FEDERAL ☐ ESTADUAL ☐ MUNICIPAL

NDI

4010025320

GILBERTO GOMES DO OLIVEIRA

Nº CPF

050.818.237-91

DATA DE NASCIMENTO

25/01/1942

ESTADO CIVIL

☒ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐ VIÚVO ☐ OUTROS

SEXO

☒ M ☐ F

ESCOLARIDADE

☐ NENHUMA ☐ 1ª GRAU ☐ 2ª GRAU ☐ SUPERIOR

DEPENDENTES - CARTÃO EXTRA

| | IDADE | GRAU | |
|----|-------|------|---------------|
| 1. | | | 01. ESPOSA |
| 2. | | | 02. FILHO (A) |
| 3. | | | 03. PAI/MÃE |
| 4. | | | 04. IRMÃO (A) |
| | | | 05. SOGRO (A) |
| | | | 06. OUTROS: |

TELEFONE RESIDENCIAL

(21) 2424-8290

☒ PRÓPRIO ☐ RECADOS

TELEFONE COMERCIAL (sem ramal, se houver)

() -

ENDEREÇO (Rua, Av., Al. etc.)

RUA IKAISU 159 JARDIM CARACARA ZACARETAPAGUA

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CEP (número importante)

22.736-280

CIDADE

UF

VOCE TEM ALGUMA DAS DOENÇAS ABAIXO?

☐ ALERGIA ☐ LINFOMA ☐ INSUF. RESPIRATORIA
☐ ASMA ☐ ENFISEMA ☐ OSTEOPOROSE
☐ CÂNCER ☐ GLAUCOMA ☐ PARKINSON
☐ COLESTEROL ALTO ☐ INSUF. CARDÍACA ☐ PRESSÃO ALTA
☐ DEPRESSÃO ☐ INSUF. HEPÁTICA ☐ REUMATISMO
☐ DIABETES ☐ INSUF. RENAL ☐ LECERA
☐ OUTRAS, QUAIS?

ESTÁ TOMANDO ALGUM MEDICAMENTO ATUALMENTE?

☐ NÃO ☐ SIM, QUAIS?

TEM ALEGRIA A ALGUM MEDICAMENTO?

☐ NÃO ☐ SIM, QUAIS?

TEM PLANO DE SAÚDE?

☐ NÃO ☐ SIM, QUAIS?

0.025.320

VALOR R\$

1. Declaro que as informações prestadas por mim são verdadeiras;
2. Autorizo o desconto das Mensalidades Associativas perante o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), conforme inciso 5 do Art. 115 da Lei 8.213 de 24 de Junho de 1991, para serem descontadas em uma única parcela no valor de R\$ 6,00 (Seis Reais) a cada 12 meses;
3. Autorizo que os dados cadastrais acima informados sejam aproveitados para desenvolvimento de pesquisas que possam reverter em benefícios, direitos ou indiretos, aos sindicalizados;
4. Cada cartão de dependente implica em um custo adicional de R\$ 5,00 (Cinco Reais) ao sócio titular.

CÓDIGO DO SINDICATO

DATA

20/03/2003

ASSINATURA (como será usada no cartão)

X. Gilvato Gomes de Oliveira

Ficha de Sócio e Autorização de Descontos

No presente caso, no momento da afiliação, o autor assinou
AUTORIZAÇÃO DE DESCONTOS, permitindo, assim, que fossem procedidos os descontos
associativos em seu benefício previdenciário.

| | | |
|---|---|----------------------------|
| <p>1. Declaro que as informações prestadas por mim são verdadeiras;</p> <p>2. Autorizo o desconto das Mensalidades Associativas perante o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), conforme Inciso 5 do Art. 115 da Lei 8.213 de 24 de Junho de 1991, para serem descontadas em uma única parcela no valor de R\$ 6,00 (Seis Reais) a cada 12 meses;</p> <p>3. Autorizo que os dados cadastrais acima Informados sejam aproveitados para desenvolvimento de pesquisas que possam reverter em benefícios, diretos ou indiretos, aos sindicalizados;</p> <p>4. Cada cartão de dependente implica em um custo adicional de R\$ 5,00 (Cinco Reais) ao sócio titular.</p> | | <p>CÓDIGO DO SINDICATO</p> |
| <p>DATA</p> <p>10/23/2003</p> | <p>ASSINATURA (como será usada no cartão)</p> <p>X. <i>Gilberto Gomes de Oliveira</i></p> | |

Oportuno salientar que à época da afiliação do Sr. Gilberto (NOVEMBRO/2003), a consignação da contribuição associativa junto ao INSS ocorria de forma anual, no valor de R\$ 6,00 (seis reais). Contudo, através da Ata da Assembleia Geral realizada durante o Segundo Congresso Nacional do SINDNAPI, o que ocorreu em JULHO/2004, o artigo 19 do Estatuto Social foi modificado para alterar a forma de desconto da mensalidade associativa de anual para mensal, em um percentual de 0,4% (zero vírgula quatro por cento) do valor do benefício, em conformidade com o pedido feito pelo Ministério da Previdência.

S APOSENTADOS

proporcional aos sócios da região; alteração do artigo 16, modificando a periodicidade das assembleias ordinárias de semestrais para anuais; alteração da redação do artigo 18, sem modificação de conteúdo; alteração do artigo 19 para modificar a forma de desconto da mensalidade associativa de anual para mensal, ainda, para estabelecer o valor da mensalidade em um percentual de 0,4% (zero vírgula quatro por cento) do valor do benefício, de conformidade com a solicitação feita pelo próprio Ministério da Previdência no sentido de alterar a contribuição associativa de valor fixo para valor representado por um percentual mensal, sob alegação de dificuldades de ordem técnica e para constar que tanto a Assembleia Geral quanto o Congresso Nacional poderá modificar as mensalidades associativas, bem como incluir o parágrafo quarto que determina a forma de pagamento da mensalidade associativa, daqueles que

Ressalte-se que, em SETEMBRO/2008, conforme Ata da Assembleia Geral realizada durante o Terceiro Congresso Nacional do SINDNAPI, o percentual descontado a título de mensalidade passou de 0,4% (zero vírgula quatro por cento) para 0,5% (zero vírgula cinco por cento).

das vantagens de se tornar sócio do Sindicato; a seguir o Sr. Cláudio Aureliano Moreira – Titular Conselho Fiscal lembra que no dia 1º de Outubro é considerado o Dia Nacional do Idoso; a seguir o Sr. Darci Callegari – Diretor Nacional de Comunicação fala para todos lerem o Boletim Interno por ele redigido e enviado por e-mail todas as quintas-feiras. Retomando a palavra o Presidente João Batista Innocentini apresenta a proposta de elevação na mensalidade associativa de 0,10% (zero vírgula dez por cento) que passará de 0,40% (zero vírgula quarenta por cento), para 0,50 (zero vírgula cinquenta por cento), de conformidade ao que estabelece o Estatuto Social no seu artigo 92 – capítulo XX que é colocada em votação à proposta e aprovada por unanimidade. Como nada mais houvesse a ser tratado foi encerrada a reunião sendo lavrada a ata que vai assinada por mim Arnaldo Gonçalves – Secretário Geral e pelo Sr. João Batista Innocentini – Presidente Nacional. Americana, 06 de setembro de 2008.

Destarte que em recente Assembleia Geral Extraordinária realizada em 16/12/2021, o percentual descontado a título de mensalidade, a partir do mês de JANEIRO/22, passou de 0,5% (zero vírgula cinco por cento), para 0,6% (zero vírgula seis por cento), conforme atesta a Ata de Assembleia Geral Extraordinária, realizada pelo órgão máximo da entidade requerida.

Disse também que o repasse de 0,2% de cada mensalidade para a Cooperativa de Crédito não será mais realizado. Prosseguindo, o senhor Presidente João Batista Inocentini solicitou ao senhor Secretário Geral, Paulo José Zanetti que submetesse a votação a proposta do novo percentual da mensalidade associativa que deverá entrar em vigor a partir de 1º de janeiro de 2022, bem como a posterior alteração do percentual de 0,5% para 0,6%, assim como a cessação do repasse de 0,2% para a Cooperativa de Crédito, tendo a plenária aprovado por maioria absoluta de votos. Foi registrado 01 (um) voto contra e nenhuma abstenção. Prosseguindo, o senhor Presidente Nacional João Batista Inocentini propôs à plenária que nenhum diretor da Entidade eleito neste Congresso, baseado no Decreto Federal nº 8.726, de 2016 e, conforme orientações do Ministério Público Federal, fará jus a ajuda de custo ou eventual *pro labore*. Cada diretor poderá receber um prêmio pelo serviço prestado à Entidade, o qual ficará vinculado às horas de contribuição para a consecução dos objetivos da Entidade, como também não possuirá em momento algum conforme disposição Estatutária, vínculo empregatício com o Sindicato. Assim sendo solicitou ao senhor Secretário Geral, Paulo José Zanetti que submetesse a presente proposta para aprovação da plenária a qual serviu para a seguinte proposta:



Oportuno frisar que, além de se filiar, ESPONTANEAMENTE, ao SINDNAPIFS, fornecendo toda documentação supra, o Sr. Gilberto Gomes de Oliveira também autorizou expressamente, a realização dos descontos da mensalidade associativa junto ao seu benefício previdenciário, de modo que, desde sua filiação, passou a ter direito de usufruir de todos os benefícios oferecidos pela entidade.




Observa-se, que o Sr. Gilberto já realizou o pedido de desfiliação foi feito em 31/05/2023 diretamente pelo INSS via Web e foi realizado o último desconto no mês 04/2023.

2- DA AFILIAÇÃO DE NELSON NUNES DE OLIVEIRA

No tocante aos documentos associativos do Sr. NELSON NUNES DE OLIVEIRA, inscrito no CPF/MF sob o nº. 206.590.678-20, o mesmo se filiou ao SINDNAPIFS em 15/09/2009, e para tanto fez sua adesão presencialmente, com autorização de desconto em seu benefício, onde forneceu a cópia de seu documento de identificação, conforme se verifica na documentação acostada.



**SINDICATO NACIONAL
DOS APOSENTADOS
SINDNAPI**

| | | | |
|---|--|---|--|
|   *4010209756* | | 1015871266405001 | |
| FICHA CADASTRAL PROPOSTA DE ADESÃO | | POSTO Nº101587/103042 | |
| TIPO e Nº do BENEFÍCIO de APOSENTADO INSS 4 2 / 1 0 6 8 8 8 9 6 2 - 1 PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO | | TIPO e Nº do INSS PENSIONISTA / | |
| APOSENTADO/ PENSIONISTA DO SERVIÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Municipal | | Nº CPF/MF 2 0 6 . 5 9 0 . 6 7 8 - 2 0 PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO | |
| NOME COMPLETO PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO N E L S O N N U N E S D E O L I V E I R A | | | |
| DATA DE NASCIMENTO 1 6 0 8 4 6 PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO | | SEXO <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino | |
| RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> Própria <input checked="" type="checkbox"/> Alugada <input type="checkbox"/> Outros | | | |
| ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo | | ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1º grau <input checked="" type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> Superior | |
| NACIONALIDADE <input checked="" type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira | | | |
| Nº de DEPENDENTES 0 1 | | IDENTIDADE (RG) 9 7 4 9 7 0 3 | |
| DATA DE EMISSÃO 2 7 1 0 7 5 | | ÓRGÃO EXPEDIDOR UF s s p S P | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua, Avenida, Al, etc...) R u a J o r g e F e r r e i r a | | | |
| Nº 3 0 0 | | COMPLEMENTO C a s a | |
| BAIRRO J a r d i m T a m o i o | | CIDADE B e r t i o g a | |
| CEP 1 1 2 5 0 - 0 0 0 | | UF S P | |
| TELEFONE (DDD e NUMERAÇÃO) (13) - 33176158 | | TELEFONE CELULAR (DDD e NUMERAÇÃO) () | |
| NOME DA MÃE E n c c i a o b e n i n o d e O l i v e i r a | | | |
| NOME DO CONJUGE | | | |
| Nº do BANCO | | NOME DO BANCO | |
| Nº da AGENCIA | | CONTA CORRENTE | |
| <div>1. Declaro que as informações prestadas por mim são verdadeiras. 0.209.756</div> <div>2. Autorizo que os dados cadastrais acima informados sejam aproveitados para o... olvimento de pesquisas que possam reverter em benefícios, diretos ou indiretos, aos sindicalizados.</div> <div>DATA: 1 5 / 0 9 / 0 9</div> <div>ASSINATURA: </div> | | | |

Ficha de Sócio

Rua do Carmo, 171 - Centro - São Paulo - SP - CEP 01019-020
www.sindicatodosaposentados.org.br
55 11 3293-7500 | 55 11 3531-4600 | 55 11 9 6348-7396



24
Janeiro
Dia Nacional dos
Aposentados



**SINDICATO NACIONAL
DOS APOSENTADOS**

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO DA MENSALIDADE

Eu, **NELSON NUNES DE OLIVEIRA**

portador do benefício nº 1068889621, nascido em 16 / 08 / 1946,

residente à Rua Jorge Ferreira 300

Casa - Jardim Tamoio - Bertioga

Estado SP Nome da mãe Encciaobenino de Oliveira

pelo presente, autorizo o desconto mensal de 0,50% no meu benefício em favor do
SINDICATO NACIONAL DOS APOSENTADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS DA
FORÇA SINDICAL-SINDNAPI/FS, conforme o inciso V, artigo 115 da Lei nº 8.213,
de 24/07/1991, e Decreto 3.048, artigo 154, inciso V de 06/05/1999.

15 de Setembro de 2009

Local e data


Assinatura

Autorização de Descontos

Rua do Carmo, 171 - Centro - São Paulo - SP - CEP 01019-020
www.sindicatodosaposentados.org.br
55 11 3293-7500 | 55 11 3531-4600 | 55 11 9 6348-7396

Oportuno frisar que, além de se filiar, ESPONTANEAMENTE, ao SINDNAPIFS, fornecendo toda documentação supra, o Sr. Nelson Nunes de Oliveira também autorizou expressamente, a realização dos descontos da mensalidade associativa junto ao seu benefício previdenciário, de modo que, desde sua filiação, passou a ter direito de usufruir de todos os benefícios oferecidos pela entidade.

Observa-se, que o Sr. Nelson efetuou o pedido de desfiliação diretamente via INSS em 28/02/2023, de modo que o último desconto se deu no mês 01/2023.

Estamos à disposição para eventuais novos esclarecimentos que se fizerem necessários, bem como aproveitamos o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

Atenciosamente,



Sindicato Nacional dos Aposentados, Pensionistas e Idosos Força Sindical – SINDNAPI

Milton Baptista de Souza Filho – Presidente

FICHA DE FILIAÇÃO

DADOS PESSOAIS

| | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| Nome Luiz Sergio De Mattos | | CPF 330.188.717-15 | |
| Benefício Nº 1826733466 | Identidade 44292811 | Nascimento 19/02/1953 | Sexo MASCULINO |
| Estado Civil Outros | Naturalidade DUQUE DE CAXIAS | | Nacionalidade BRASILEIRA |
| Nome do Pai Não Informado | | Nome da Mãe ROSA BARBOSA DE MATTOS | |

ENDEREÇO

| | | | |
|--------------------------------------|----------|---------------------------|--|
| Logradouro DINAMARCA SN LT23 QD19 | | Número | |
| Complemento | | Bairro PARQUE PAULISTA | |
| Cidade DUQUE DE CAXIAS | UF RJ | CEP 25261340 | |

CONTATOS

| | |
|--|----------------------------------|
| Tel. Residencial/Celular/SMS/WhatsApp 21986727242 | E-mail lmattos-53@hotmail.com |
|--|----------------------------------|

DEPENDENTES

| NOME | PARENTESCO | NASCIMENTO |
|--------------------------|------------|---------------|
| Art. 792 do Código Civil | Outros | Não informado |

1. Declaro que as informações prestadas por mim são verdadeiras;

2. Autorizo que os dados cadastrais acima informados sejam aproveitados para desenvolvimento de pesquisas que possam reverter em benefícios dos idosos, aposentados e pensionistas.

DUQUE DE CAXIAS, 26 de Novembro de 2023

Local e Data

Luiz S. D. Mattos

Assinatura do titular do benefício previdenciário



Número do documento: 65C64730CDBAC

BENEFÍCIO Nº **1826733466**ESPÉCIE: **42**

Sindicato: ASSOCIAÇÃO MASTER PREV CLUBE DE BENEFÍCIOS - MPCB/BR
CNPJ: 43.012.440/0001-71 Telefone: (11) 97757-5017 | 0800 202 0125 Data da Fundação: 30/04/2021
Endereço: ALAMEDA TOCANTIS, 350 CJ 101 Bairro: ALPHAVILLE INDUSTRIAL
Município: BARUERI UF: SP CEP: 06.455-931
E-mail: CONTATO@MASTERPREV.ORG

AUTORIZAÇÃO

Eu, Luiz Sergio De Mattos, CPF/MF nº 330.188.717-15, brasileiro (a), nascido(a) na data de 19/02/1953, do Regime Geral de Previdência Social, residente e domiciliado (a) à DINAMARCA SN LT23 QD19 n PARQUE PAULISTA
Município: DUQUE DE CAXIAS UF: RJ CEP: 25261340, portador (a) do benefício número 1826733466 Espécie Nº 42,
sócio da Associação Master Prev Clube de Benefícios - MPCB/BR sob o número _____, **AUTORIZO** o mesmo a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social-INSS, através da ABCB/BR, na condição de seu mandatário, o desconto da mensalidade de sócio, correspondente a 2,5% do valor do meu benefício previdenciário, cujo percentual, em valor nominal, corresponde a quantia de **Até 2% do valor de benefício**
a partir da competência 01/01/2023, com respaldo no disposto no Inciso do Art.115 da Lei 8.213, de 24 de julho de 1991.

Data de início da autorização: **26/11/2023**Data da revalidação: **01/01/2026**

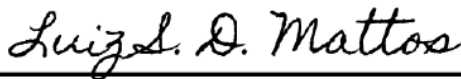
Declaro que estou:

I - ciente e de acordo com as informações contidas nessa autorização, bem como que a revalidação desta autorização deverá ocorrer na competência **01/2026**

II - recebendo, nesta oportunidade, uma via deste Termo de Autorização Assinatura do titular do benefício previdenciário

DUQUE DE CAXIAS, 26 de Novembro de 2023

Local e Data



Assinatura do titular do benefício previdenciário



Assinatura do presidente ou representante legal da MPCB/BR



Número do documento: 65C64730CDBAC

FICHA DE FILIAÇÃO MPCB

Número do documento: 65C64730CDBAC

Versão do documento: 20

**Assinaturas****Luiz Sergio De Mattos**

Documento de identificação: 330.188.717-15

Email: lmattos-53@hotmail.com

Telefone: 21986727242

Tipo de Assinatura: DIGITAL

Token único da assinatura: 6a2a2f542893286c52e8fbd54157921788254f85a22d556bac34ae9b1fc6f522

*Luiz S. D. Mattos***Assinatura desenhada no dispositivo**

Latitude: -22.6383312

Longitude: -43.2627282

26/11/2023 - 16:42:18

Solange Aparecida Nogueira Macedo

Tipo de Assinatura: AUTOMÁTICA

Documento de identificação: 025.574.348-33

Email: contato@masterprev.org

Telefone: (11) 97757-5017

Token único da assinatura: e21c8dd6e05aba69680e2e41a8ee110671dd01648185727162783b7dd9c07a09

*Solange A. Nogueira Macedo***Eventos do Documento****26 de Nov de 2023 - 16:00:00**

Documento criado via API

26 de Nov de 2023 - 16:04:50

Assinaturas iniciadas por SOLANGE APARECIDA NOGUEIRA - assinou automaticamente este documento.

26 de Nov de 2023 - 16:42:18

Luiz Sergio De Mattos assinou este documento

Documento de identificação informado: 330.188.717-15

**Documento assinado por todos os participantes em: 26/11/2023 - 16:42:18**

Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2

Este Log é exclusivo ao documento de número: 65C64730CDBAC e deve ser considerado parte do mesmo, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso de MPCB disponível em www.masterprev.org.

Hash do documento original

SHA256: 39d9c6a8d95c57c7d4d98ba98c42bd664f787ef8693497123ee08f3e21e1f2ab

Esse documento está assinado e certificado pela ASSINE.PRO

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

| | | |
|--|------------|--------------|
| 911454-8 | 28/09/2017 | 15/08/2020 |
| LUIZ SERGIO DE MATTOS | | |
| AFLORDIZIO BAPTISTA DE MATTOS | | |
| ROSA BARBOSA DE MATTOS | | |
| RJ BR | 19/02/1953 | 1029742862-1 |
| 330.188.717-15 | | 15/08/2020 |
| GENITOR DE SARGENTO | | |
| Cert. Casm.: Matrícula 088567 01 55 1975 2 00388 165 0000765 21 | | |
|  | | |
| NIP Resp.: 87353987 VRS-NIP: 00-17 1436.08 | | |
|  PAULO FERNANDO BARBOSA GARCIA CAPITÃO DE MAR E GUERRA (CM) | | |
| DECRETO Nº 8.518 DE 18/09/15 | | |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA DEFESA
MARINHA DO BRASIL
 SERVIÇO DE IDENTIFICAÇÃO DA MARINHA







CARTÃO DE IDENTIDADE

384412-6

ACOLHER – ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS

BENEFÍCIO Nº 1523392280 ESPÉCIE: 42

Sindicato/Associação: ACOLHER – ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS

CNPJ:07699920/0001-99

Data da Fundação: 27/09/2005

Endereço: RUA ANTONIO RIBEIRO SOUTELO, 140 Bairro: CENTRO

Município: SANTA LUZIA DO ITANHY UF: SE CEP:49230000

Telefone: 0800-251-2844

E-mail: sac@acolher-se.org.br

AUTORIZAÇÃO

Eu, **CICERO LIRA DE SOUZA**, CPF/MF nº **410.763.207-59**, brasileiro (a), nascido (a) na data de **05/02/1956**, beneficiário (a) do Regime Geral de Previdência Social, residente e domiciliado (a) à Rua **RUA DOUTOR AROLDO CRUZ, 39 - ITARARE** Município: **Campina Grande** UF: **Paraíba** CEP: **58411055**, portador (a) do benefício número **1523392280** Espécie nº **42**, sócio da **ACOLHER – ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS**, sob o número **3836137**, **AUTORIZO** o mesmo a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social- INSS, **através da ACOLHER – ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS** na condição de seu mandatário, o desconto da mensalidade de sócio, correspondente a 2,3% (dois inteiros e três décimos por cento), do valor de meu benefício previdenciário, a partir da competência **01/___/___** com respaldo no disposto no Inciso V do Art. 115 da Lei 8.213, de 24 de julho de 1991.

Data de início da autorização: **05/06/2023**.

Declaro que estou:

I - ciente e de acordo com as informações contidas nesta autorização.

II - recebendo, nesta oportunidade, uma via deste Termo de Autorização.

Campina Grande - PB, 05/06/2023.



Assinatura do titular do benefício previdenciário



Assinatura do Presidente ou representante legal da ACOLHER



TERMO DE FILIAÇÃO

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------|--------------|
| NOME DO ASSOCIADO CICERO LIRA DE SOUZA | | CPF 410.763.207-59 | |
| DATA DE NASCIMENTO 05/02/1956 | | NATURALIDADE - | |
| DOMICILIADO RUA DOUTOR AROLDO CRUZ, 39 - ITARARE | | COMPLEMENTO | |
| BAIRRO ITARARE | MUNICIPIO Campina Grande | UF Paraíba | CEP 58411055 |
| TEL. RESIDENCIAL 83996127949 | CELULAR | EMAIL | |
| CNPJ DA ASSOCIAÇÃO 07.699.920/0001-20 | | | |


Declaro, para os devidos fins e efeitos, estar plenamente ciente de que o presente termo tem como objetivo a minha espontânea adesão/filiação ao quadro da **ACOLHER - ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS**, entidade associativa da qual me submeto ao regimento do Estatuto Social, Assembleias Gerais e Regimento Interno. DECLARANDO está ciente de que minha mensalidade associativa, que será cobrada através do desconto diretamente em meu benefício, realizada através da ACOLHER, entidade vinculada e aparecerá em meu extrato de pagamento de benefício com o nome "**CONTRIBUIÇÃO APDDAP ACOLHER**" ou outro nome que venha a ser adotado pelo INSS.

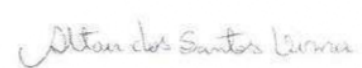
Através do presente instrumento, aqui denominado (a) como TITULAR, venho por meio deste, autorizar que a **ACOLHER - ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS**, inscrita no CNPJ sob nº **07699920/0001-99**, aqui denominada como CONTROLADORA responsável pela coleta, armazenamento e tratamento de dados pessoais, em razão do contrato acima exposto, disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018.

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais do Titular com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

O Titular poderá revogar seu consentimento, a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020. Não havendo interesse em permanecer associado, deve solicitar formalmente o meu desligamento.

Santa Luzia do Itanh/SE, **05/06/2023**


Assinatura do Associado


Assinatura do Presidente da Associação **APDDAP ACOLHER**

CNPJ: 07699920/0001-99

Rua Antônio Ribeiro Soutelo, 140,

Centro, Santa Luzia do Itanh - SE - CEP 49230000.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 CICERO LIRA DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 275543 SSP PB

CPF
 410.763.207-59 DATA NASCIMENTO
 05/02/1956

FILIAÇÃO
 CLEMENTINO VENCESLAU
 DE SOUZA
 SEVERINA TORQUATO DE
 LIRA

PERMISSÃO ACC CATHAB
 D

Nº REGISTRO
 01603515651 VALIDADE
 26/11/2020 1ª HABILITAÇÃO
 09/04/1975

OBSERVAÇÕES
 A ;
 EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR
Cicero Lira de Souza

LOCAL
 CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO
 07/12/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
 35629116954
 PB031631207

VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1169521870

100 PLASTIFICAR
 9521870



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NO ME
JOSINEIAS RUBIM VARGAS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
39345331FPRJ

OPF DATA NASCIMENTO
443.662.307-63 05/04/1957

FILIAÇÃO
JOAO OLIMPIO VARGAS
EUTENISE RUBIM VARGAS

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITACAO
00232332340 16/07/2022 08/09/1977



OBSERVAÇÕES
EAR

LOCAL ASSINATURA DO PORTADOR DATA EMISSAO
RIO DE JANEIRO, RJ 14/06/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
95030117664
RJ650857135

RIO DE JANEIRO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

FICHA DE FILIAÇÃO

DADOS PESSOAIS

| | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| Nome Josineias Rubim Vargas | | CPF 443.662.307-63 | |
| Benefício Nº 1515873061 | Identidade 3934533 | Nascimento 05/04/1957 | Sexo MASCULINO |
| Estado Civil Outros | Naturalidade RIO DE JANEIRO | Nacionalidade BRASILEIRA | |
| Nome do Pai Não Informado | | Nome da Mãe EUTENISE RUBIM VARGAS | |

ENDEREÇO

| | | | |
|--------------------------------|----------|------------------|--|
| Logradouro AV MEDIANEIRA 25 | | Número | |
| Complemento | | Bairro COSMOS | |
| Cidade RIO DE JANEIRO | UF RJ | CEP 23066470 | |

CONTATOS

| | |
|--|---------------------------------------|
| Tel. Residencial/Celular/SMS/WhatsApp (21)984351281 | E-mail JOSINEIASRUBIM@YAHOO.COM.BR |
|--|---------------------------------------|

DEPENDENTES

| NOME | PARENTESCO | NASCIMENTO |
|--------------------------|------------|---------------|
| Art. 792 do Código Civil | Outros | Não informado |

1. Declaro que as informações prestadas por mim são verdadeiras;

2. Autorizo que os dados cadastrais acima informados sejam aproveitados para desenvolvimento de pesquisas que possam reverter em benefícios dos idosos, aposentados e pensionistas.

RIO DE JANEIRO, 09 de Setembro de 2022

Local e Data

Josineias R. Vargas

Assinatura do titular do benefício previdenciário



Número do documento: 031c66m37gn883wg60nl3936be8n8o2

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 75442311.

BENEFÍCIO Nº 1515873061

ESPÉCIE: 42

Sindicato: ASSOCIAÇÃO AMAR BRASIL CLUBE DE BENEFÍCIOS – ABCB/BR

CNPJ: 39.911.488/0001-44

Telefone: (11) 9 3346-5914 / 0800 000 0177

Data da Fundação: 25/11/2020

Endereço: Rua Agenerio Araujo, 366

Bairro: Camargos

Município: Belo Horizonte

UF: MG

CEP: 30.520-220

E-mail: sac@abcbbr.org / contato@amarbrasilclube.com

AUTORIZAÇÃO

Eu, Josineias Rubim Vargas, CPF/MF nº 443.662.307-63, brasileiro (a), nascido(a) na data de 05/04/1957, do Regime Geral de Previdência Social, residente e domiciliado (a) à AV MEDIANEIRA 25 n COSMOS
Município: RIO DE JANEIRO UF: RJ CEP: 23066470, portador (a) do benefício número 1515873061 Espécie Nº 42,
sócio da Associação Amar Brasil Clube de Benefícios - ABCB/BR sob o número _____, AUTORIZO o mesmo a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social-INSS, através da ABCB/BR, na condição de seu mandatário, o desconto da mensalidade de sócio, correspondente a 2,5% do valor do meu benefício previdenciário, cujo percentual, em valor nominal, corresponde a quantia de R\$ 60,39 (sessenta reais e trinta e nove centavos)
a partir da competência 01/11/2022, com respaldo no disposto no Inciso do Art.115 da Lei 8.213, de 24 de julho de 1991.

Data de início da autorização: 09/09/2022

Data da revalidação: 01/11/2025

Declaro que estou:

I - ciente e de acordo com as informações contidas nessa autorização, bem como que a revalidação desta autorização deverá ocorrer na competência 11/2025

II - recebendo, nesta oportunidade, uma via deste Termo de Autorização Assinatura do titular do benefício previdenciário

RIO DE JANEIRO, 09 de Setembro de 2022

Local e Data

Josineias R. Vargas

Assinatura do titular do benefício previdenciário

José Luiz Piva

Assinatura do presidente ou representante legal da ABCB/BR



Número do documento: 031c66m37gn883wg60nl3936be8n8o2

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 75442311.

Ficha de Filiação Associação ABCB-BR

Documento criado em: 09/09/2022

Número do documento: 031c66m37gn883wg60nl3936be8n8o2

Versão do documento: 20



Assinaturas

Josineias Rubim Vargas

Tipo de assinatura:

Documento de identificação: 443.662.307-63

Email: JOSINEIASRUBIM@YAHOO.COM.BR

Telefone: (21)984351281

Token único da assinatura: 031c66m37gn883wg60nl3936be8n8o2

Josineias R. Vargas

Assinatura desenhada no dispositivo

Latitude: -22,9044

Longitude: -43,1796

09/09/2022 - 14:14:41

Janie Lupianhez Piva

Tipo de assinatura: AUTOMÁTICA (Conta: 97055c683eb866a5720e5e38dd99872b)

Documento de identificação: 006.245.178-29

Email: contato@abcbbr.org

Telefone: (11) 93346-5914

Token único da assinatura: 26343b3349e512952c19f5e6380009ea

Nível de segurança: Assinatura automática (Autenticação de Conta - ABCB-BR)

Janie Lupianhez Piva

Log

09/09/2022 - 11:08:28 - Documento criado via API

09/09/2022 - 11:11:35 - Janie Lupianhez Piva assinou automaticamente este documento

09/09/2022 - 14:14:41 - Josineias Rubim Vargas assinou este documento



Documento assinado por todos os participantes em: 09/09/2022 - 14:14:41

Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2.

Este Log é exclusivo ao documento número 031c66m37gn883wg60nl3936be8n8o2 e deve ser considerado parte do mesmo, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso da ABCB-BR disponível em www.abcbbr.org.

Hash do documento original

(SHA256): 744c735e303087ba5692753d90bdcf67a21fe0f24a53f09c1ca1e4f012873d40

UNIVERSO - ASSOCIACAO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL

BENEFÍCIO Nº 1349024071 ESPÉCIE: 21

Sindicato/Associação: UNIVERSO - ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL

CNPJ: 08302024/0001-07

Data da Fundação: 11/08/2006

Endereço: RUA BAHIA, 313 CASA A

Bairro: SIQUEIRA CAMPOS

Município: ARACAJU UF: SE

CEP: 49075-000

Telefone: 0800-353-5555

E-mail: sac@associacaouniverso.org.br

AUTORIZAÇÃO

Eu, **IZABEL GERALDA LEOCADIO**, CPF/MF nº **504.530.256-68**, brasileiro (a), nascido (a) na data de **12/10/1950**, beneficiário (a) do Regime Geral de Previdência Social, residente e domiciliado (a) à **RUA DOS INDUSTRIARIOS, 746 CASA - INDUSTRIAS** Município: **Ibirité** UF: **Minas Gerais** CEP: **30610280**, portador (a) do benefício número **1349024071** Espécie nº **21**, sócio da **UNIVERSO - ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL - INSS** sob o número **3623096**, **AUTORIZO** o mesmo a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social- INSS, **através da ASSOCIACAO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DOS REGIMES GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL (UNIVERSO)** na condição de seu mandatário, o desconto da mensalidade de sócio, correspondente a 2,2% (dois inteiros e dois décimos por cento), do valor de meu benefício previdenciário, a partir da competência **01/___/___**, com respaldo no disposto no Inciso V do Art. 115 da Lei 8.213, de 24 de julho de 1991.

Data de início da autorização: **12/05/2023**


Data da revalidação: **12/05/2026**

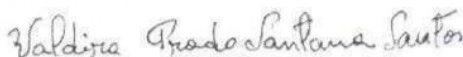
Declaro que estou:

I - ciente e de acordo com as informações contidas nesta autorização, bem como que a revalidação desta autorização deverá ocorrer na competência **___/2026**.

II - recebendo, nesta oportunidade, uma via deste Termo de Autorização.

Aracaju-SE, 12/05/2023.


Assinatura do titular do benefício previdenciário



Assinatura do Presidente ou representante legal da
**ASSOCIACAO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL
DE PREVIDENCIA SOCIAL (UNIVERSO)**



UNIVERSO - ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DOS REGIMES GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL

TERMO DE FILIAÇÃO

Eu, **IZABEL GERALDA LEOCADIO** brasileiro (a), nascido (a) na data de **12/10/1950**, portador (a) do CPF nº **504.530.256-68** domiciliado em **RUA DOS INDUSTRIARIOS, 746 CASA - INDUSTRIAS** Comp Bairro **INDUSTRIAS** Município **Ibirité** UF **Minas Gerais** CEP **30610280** Telefone: **31997840873**, e-mail: venho manifestar minha vontade e requerer/confirmar minha inscrição como associado à **UNIVERSO - ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL - INSS** CNPJ 08302024/0001-07, DECLARANDO estar ciente de que minha mensalidade associativa, quando cobrada através do desconto diretamente em meu benefício, será realizada através da **UNIVERSO**, esta entidade está vinculada e aparecerá em meu extrato de pagamento de benefício com o nome "**CONTRIBUIÇÃO AAPPS UNIVERSO**" ou outro nome que venha a ser adotado pelo INSS.

Declaro também pelo presente termo que reconheço minha condição de associado perante a entidade acima e que estou ciente do inteiro teor de seu estatuto social, assembleias gerais e outros normativos internos.

Declaro ainda estar ciente dos benefícios que a associação oferece de acordo com a mensalidade que pagarei e que terei acesso aos mesmos enquanto o pagamento da mesma estiver em dia, sendo ainda que esses mesmos benefícios podem sofrer novas inclusões, alterações ou mesmo o cancelamento, sem prejudicar a relação associativa existente.

Através do presente instrumento, aqui denominado (a) como TITULAR, venho por meio deste, autorizar que a **UNIVERSO - ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DOS REGIMES GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL**, inscrita no CNPJ sob nº 08302024/0001-07, aqui denominada como CONTROLADORA responsável pela coleta, armazenamento e tratamento de dados pessoais, em razão do contrato acima exposto, disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018.

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais do Titular com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

O Titular poderá revogar seu consentimento, a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

Não havendo interesse em permanecer associado, devei solicitar formalmente o meu desligamento.

Aracaju/SE, **12/05/2023**

Assinatura do Presidente da Associação **AAPPS UNIVERSO**

Assinatura ou impressão digital do associado (titular)

Obs.: A assinatura deve ser conferida com o documento apresentado.

É imprescindível que se anexe cópia de documento original com foto e assinatura igual ao documento fornecido.

**END: RUA BAHIA, 313 CASA A, BAIRRO SIQUEIRA CAMPOS
ARACAJU/SE - CEP: 49075-000
CNPJ: 08.302.024/0001-07**



ANEXO I

BENEFÍCIO Nº 1349024071 ESPÉCIE: 21

Sindicato/Associação: AAPEN – Associação dos Aposentados e Pensionistas Nacional

CNPJ: 07.508.538/0001-50 Data da Fundação: 14/07/2005

Endereço: Av. Santos Dumont, nº 2849, sala 701

Bairro: Aldeota Município: Fortaleza

UF: CE CEP: 60.150-165 Telefone: 0800 591 0527 E-mail: atendimento@AAPEN.org

AUTORIZAÇÃO

Eu, IZABEL GERALDA LEOCADIO, CPF/MF nº 504.530.256-68, brasileiro, nascido (a) na data de 12/10/1950, beneficiário(a) do Regime Geral de Previdência Social, residente e domiciliado (a) à RUA DOS INDUSTRIARIOS, INDUSTRIAS I nº 746 Município: BELO HORIZONTE, UF: MG CEP: 30.610-280, portador (a) do benefício número **1349024071** Espécie nº 21, sócio da AAPEN sob o número AAPEN50453025668, **AUTORIZO** o mesmo a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social- INSS, **através da AAPEN – ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS NACIONAL**, na condição de seu mandatário, o desconto da mensalidade de sócio, correspondente a 2% (dois por cento) do valor de meu benefício previdenciário, limitado a R\$ 26.40 (Vinte e Seis Reais e Quarenta Centavos), a partir da competência 01/10/2023, com respaldo no disposto no Inciso V do Art. 115 da Lei 8.213, de 24 de julho de 1991.

Data de início da autorização: 13/09/2023


Declaro que estou:

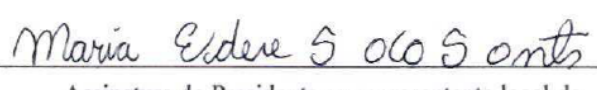
I - ciente e de acordo com as informações contidas nesta autorização;

II - recebendo, nesta oportunidade, uma via deste Termo de Autorização.

Belo Horizonte/MG, 13 de Setembro de 2023.

Maria Eudenes dos Santos
Presidente - AAPEN


Assinatura do titular do benefício previdenciário


Assinatura do Presidente ou representante legal da
ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS NACIONAL



ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS NACIONAL

CNPJ: 07.508.538/0001-50

Nome do Proponente:

IZABEL GERALDA LEOCADIO

Estado Civil:

CASADO(A)

Data de Nascimento

12/10/1950

Identidade:

MG-4.891.574

CPF:

504.530.256-68

Rua, Av. ou Praça:

RUA DOS INDUSTRIARIOS

Nº

746

Bairro:

INDUSTRIAS I

Cidade:

BELO HORIZONTE

UF:

MG

CEP:

30.610-280

Complemento:

E-mail:

Número do benefício:

134.902.407-1

Fone Residencial:

Celular:

(31) 98440-9799

PROPOSTA ASSOCIATIVA

Através deste documento, venho formalizar minha solicitação de adesão à AAPEN - Associação dos Aposentados e Pensionistas Nacional, registrada sob o CNPJ 07.508.538/0001-50. A sede da associação encontra-se localizada no endereço: Av. Santos Dumont, nº 2849, sala 701, no bairro Aldeota, na cidade de Fortaleza, estado do Ceará.

Confirmo minha ciência em relação às diversas opções de pagamento disponíveis para a contribuição mensal de associado. Estas opções abrangem o pagamento em dinheiro na tesouraria da entidade, transferência bancária, boleto bancário, desconto direto no meu benefício previdenciário, utilização de carnê ou PIX.

Adicionalmente, estou ciente de que o valor da mensalidade associativa corresponderá a 2% do meu benefício previdenciário, respeitando o limite de 1% estabelecido pelo INSS como teto para benefícios. Por último, reconheço estar a par dos benefícios oferecidos pela associação, bem como das ações de defesa de classe e iniciativas sociais promovidas pela entidade. Comprometo-me a assumir as responsabilidades conforme estabelecido em seu Estatuto Social.

O montante da mensalidade associativa a ser pago será de R\$ 26.40

BELO HORIZONTE - MG

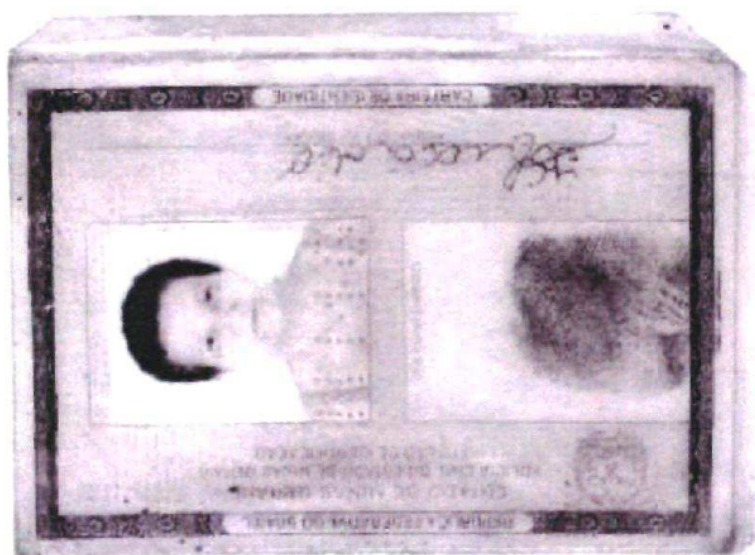
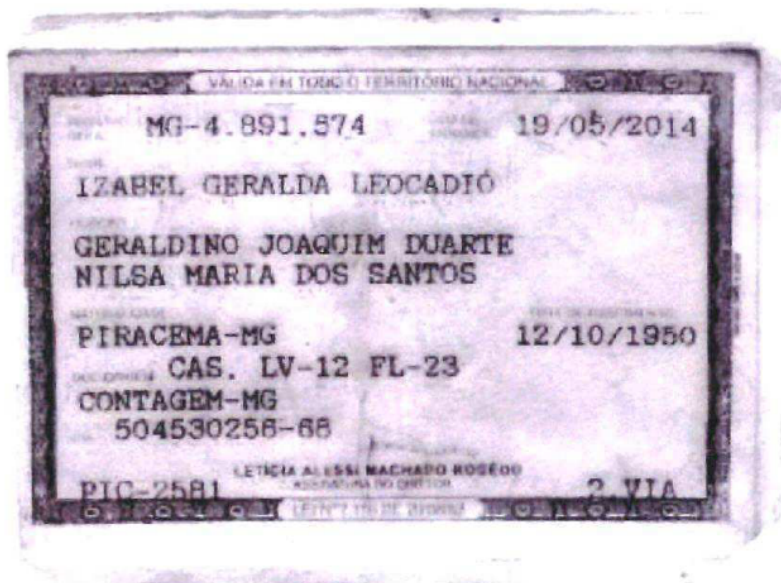
Local

13/09/2023

Data

Associado

Av. Santos Dumont, n.º 2849, sala 701,
Aldeota - Fortaleza/CE - CEP: 60.150-165
Contatos: 0800 591 0527 - (85) 99664-8712 (WhatsApp)



UNIVERSO - ASSOCIACAO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL

BENEFÍCIO Nº 1781116757 ESPÉCIE: 57

Sindicato/Associação: UNIVERSO - ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL

CNPJ: 08302024/0001-07

Data da Fundação: 11/08/2006

Endereço: RUA BAHIA, 313 CASA A

Bairro: SIQUEIRA CAMPOS

Município: ARACAJU UF: SE

CEP: 49075-000

Telefone: 0800-353-5555

E-mail: sac@associacaouniverso.org.br

AUTORIZAÇÃO

Eu, **GISELDA DE ARAUJO SANTOS**, CPF/MF nº **541.390.314-68**, brasileiro (a), nascido (a) na data de **19/10/1968**, beneficiário (a) do Regime Geral de Previdência Social, residente e domiciliado (a) à **RUA JOSE FRANCISCO DA SILVA, 489 CASA - CRISTO REDENTOR** Município: **João Pessoa** UF: **Paraíba** CEP: **58070410**, portador (a) do benefício número **1781116757** Espécie nº **57**, sócio da **UNIVERSO - ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL - INSS** sob o número **3876174**, **AUTORIZO** o mesmo a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social- INSS, **através da ASSOCIACAO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DOS REGIMES GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL (UNIVERSO)** na condição de seu mandatário, o desconto da mensalidade de sócio, correspondente a 2,2% (dois inteiros e dois décimos por cento), do valor de meu benefício previdenciário, a partir da competência **01/ /**, com respaldo no disposto no Inciso V do Art. 115 da Lei 8.213, de 24 de julho de 1991.

Data de início da autorização: **27/04/2023**

Data da revalidação: **27/04/2026**

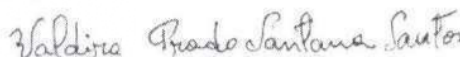
Declaro que estou:

I - ciente e de acordo com as informações contidas nesta autorização, bem como que a revalidação desta autorização deverá ocorrer na competência **/2026**.

II - recebendo, nesta oportunidade, uma via deste Termo de Autorização.

Aracaju-SE, 27/04/2023.


Assinatura do titular do benefício previdenciário



Assinatura do Presidente ou representante legal da
**ASSOCIACAO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL
DE PREVIDENCIA SOCIAL (UNIVERSO)**



UNIVERO - ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DOS REGIMES GERAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

TERMO DE FILIAÇÃO

Eu, **GISELDA DE ARAUJO SANTOS** brasileiro (a), nascido (a) na data de **19/10/1968**, portador (a) do CPF nº **541.390.314-68** domiciliado em **RUA JOSE FRANCISCO DA SILVA, 489 CASA - CRISTO REDENTOR** Comp Bairro **CRISTO REDENTOR** Município **João Pessoa** UF **Paraíba** CEP **58070410** Telefone: **31986203084**, e-mail: venho manifestar minha vontade e requerer/confirmar minha inscrição como associado à **UNIVERO - ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL - INSS** CNPJ 08302024/0001-07, DECLARANDO estar ciente de que minha mensalidade associativa, quando cobrada através do desconto diretamente em meu benefício, será realizada através da UNIVERO, esta entidade está vinculada e aparecerá em meu extrato de pagamento de benefício com o nome "**CONTRIBUIÇÃO AAPPs UNIVERO**" ou outro nome que venha a ser adotado pelo INSS.

Declaro também pelo presente termo que reconheço minha condição de associado perante a entidade acima e que estou ciente do inteiro teor de seu estatuto social, assembleias gerais e outros normativos internos.

Declaro ainda estar ciente dos benefícios que a associação oferece de acordo com a mensalidade que pagarei e que terei acesso aos mesmos enquanto o pagamento da mesma estiver em dia, sendo ainda que esses mesmos benefícios podem sofrer novas inclusões, alterações ou mesmo o cancelamento, sem prejudicar a relação associativa existente.

Através do presente instrumento, aqui denominado (a) como TITULAR, venho por meio deste, autorizar que a UNIVERO - ASSOCIACAO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DOS REGIMES GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL, inscrita no CNPJ sob nº08302024/0001-07, aqui denominada como CONTROLADORA responsável pela coleta, armazenamento e tratamento de dados pessoais, em razão do contrato acima exposto, disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018.

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais do Titular com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

O Titular poderá revogar seu consentimento, a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

Não havendo interesse em permanecer associado, deverei solicitar formalmente o meu desligamento.

Aracaju/SE, 27/04/2023

Valdira Prado Santana Santos

Assinatura do Presidente da Associação **AAPPs UNIVERO**

Giselda de Araujo Santos

Assinatura ou impressão digital do associado (titular)

Obs.: A assinatura deve ser conferida com o documento apresentado.

É imprescindível que se anexe cópia de documento original com foto e assinatura igual ao documento fornecido.

**END: RUA BAHIA, 313 CASA A, BAIRRO SIQUEIRA CAMPOS
ARACAJU/SE - CEP: 49075-000
CNPJ: 08.302.024/0001-07**



UNIVERSO - ASSOCIACAO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL

BENEFÍCIO Nº 1481928500 ESPÉCIE: 21

Sindicato/Associação: UNIVERSO - ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL

CNPJ:08302024/0001-07

Data da Fundação: 11/08/2006

Endereço: RUA BAHIA, 313 CASA A

Bairro: SIQUEIRA CAMPOS

Município: ARACAJU UF: SE

CEP: 49075-000

Telefone: 0800-353-5555

E-mail: sac@associacaouniverso.org.br

AUTORIZAÇÃO

Eu, **VALERIA DOS SANTOS TEIXEIRA LOPES**, CPF/MF nº **762.886.507-06**, brasileiro (a), nascido (a) na data de **19/06/1963**, beneficiário (a) do Regime Geral de Previdência Social, residente e domiciliado (a) à **AVENIDA MONSENHOR FELIX, Nº 64 APE 301 - VAZ LOBO** Município: **Rio de Janeiro** UF: **Rio de Janeiro** CEP: **21361132**, portador (a) do benefício número **1481928500** Espécie nº **21**, sócio da **UNIVERSO - ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL - INSS** sob o número **3664263**, AUTORIZO o mesmo a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social- INSS, **através da ASSOCIACAO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DOS REGIMES GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL (UNIVERSO)** na condição de seu mandatário, o desconto da mensalidade de sócio, correspondente a 2,2% (dois inteiros e dois décimos por cento), do valor de meu benefício previdenciário, a partir da competência **01/ /**, com respaldo no disposto no Inciso V do Art. 115 da Lei 8.213, de 24 de julho de 1991.

Data de início da autorização: **01/05/2023**

Data da revalidação: **01/05/2026**

Declaro que estou:

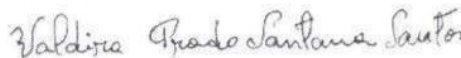
I - ciente e de acordo com as informações contidas nesta autorização, bem como que a revalidação desta autorização deverá ocorrer na competência **/2026**.

II - recebendo, nesta oportunidade, uma via deste Termo de Autorização.

Aracaju-SE, 01/05/2023.



Assinatura do titular do benefício previdenciário



Assinatura do Presidente ou representante legal da
**ASSOCIACAO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL
DE PREVIDENCIA SOCIAL (UNIVERSO)**



UNIVERSO - ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DOS REGIMES GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL

TERMO DE FILIAÇÃO

Eu, **VALERIA DOS SANTOS TEIXEIRA LOPES** brasileiro (a), nascido (a) na data de **19/06/1963**, portador (a) do CPF nº **762.886.507-06** domiciliado em **AVENIDA MONSENHOR FELIX, Nº 64 APE 301 - VAZ LOBO** Comp Bairro **VAZ LOBO** Município **Rio de Janeiro** UF **Rio de Janeiro** CEP **21361132** Telefone: **21991487588**, e-mail: venho manifestar minha vontade e requerer/confirmar minha inscrição como associado à **UNIVERSO - ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DO REGIME GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL - INSS** CNPJ 08302024/0001-07, DECLARANDO estar ciente de que minha mensalidade associativa, quando cobrada através do desconto diretamente em meu benefício, será realizada através da **UNIVERSO**, esta entidade está vinculada e aparecerá em meu extrato de pagamento de benefício com o nome "**CONTRIBUIÇÃO AAPPS UNIVERSO**" ou outro nome que venha a ser adotado pelo INSS.

Declaro também pelo presente termo que reconheço minha condição de associado perante a entidade acima e que estou ciente do inteiro teor de seu estatuto social, assembleias gerais e outros normativos internos.

Declaro ainda estar ciente dos benefícios que a associação oferece de acordo com a mensalidade que pagarei e que terei acesso aos mesmos enquanto o pagamento da mesma estiver em dia, sendo ainda que esses mesmos benefícios podem sofrer novas inclusões, alterações ou mesmo o cancelamento, sem prejudicar a relação associativa existente.

Através do presente instrumento, aqui denominado (a) como TITULAR, venho por meio deste, autorizar que a **UNIVERSO - ASSOCIACAO DOS APOSENTADOS PENSIONISTAS DOS REGIMES GERAL DE PREVIDENCIA SOCIAL**, inscrita no CNPJ sob nº08302024/0001-07, aqui denominada como CONTROLADORA responsável pela coleta, armazenamento e tratamento de dados pessoais, em razão do contrato acima exposto, disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018.

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais do Titular com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

O Titular poderá revogar seu consentimento, a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

Não havendo interesse em permanecer associado, deve-se solicitar formalmente o meu desligamento.

Aracaju/SE, 01/05/2023

Valdira Prado Santana Santos

Assinatura do Presidente da Associação **AAPPS UNIVERSO**

Valéria dos Santos Teixeira Lopes

Assinatura ou impressão digital do associado (titular)

Obs.: A assinatura deve ser conferida com o documento apresentado.

É imprescindível que se anexe cópia de documento original com foto e assinatura igual ao documento fornecido.

**END: RUA BAHIA, 313 CASA A, BAIRRO SIQUEIRA CAMPOS
ARACAJU/SE - CEP: 49075-000
CNPJ: 08.302.024/0001-07**

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL | |
|---|---|--|-------------------------------|
| ESTADO DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL | | REGISTRO GERAL 05.751.506-6 | DATA DE EMISSÃO 17/09/2014 |
|  Poderes Deleto 0205 |  | NOME VALERIA DOS SANTOS TEIXEIRA LOPES | |
|  Assinatura do Titular | | FILIAÇÃO ALBERTO LAMARTINE TEIXEIRA LOPES | |
| | | MARIA DAS DORES JOSÉ DOS SANTOS LOPES | |
| | | NATURALIDADE RIO DE JANEIRO | |
| | | DATA DE NASCIMENTO 19/06/1963 | |
| | | DOC. ORIGEM C. NASC LIV 13ESP PLS 62 TERM 2917 C 012 RIO DE JANEIRO RJ | |
| CPF 762.886.507-06 | | PIS 12065673690 | |
| CARTeira DE IDENTIDADE | | LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 | |



Data: 13/12/2023

TERMO DE FILIAÇÃO

Eu, **SIMONE OTONI PEDRO** brasileiro (a), nascido (a) na data de **18/01/1963**, portador (a) do CPF nº **806.690.427-49** domiciliado em **Rua Transmontana Nº 65 Comp: - Bairro Retiro Município VOLTA REDONDA UF RJ CEP 27281250** Telefone Fixo **(-)** -, Telefone Celular **(24) 99973-2672** e-mail: **naotem@naotem.com**

Venho manifestar minha vontade e requerer/confirmar minha inscrição como associado à **Associação Mútua Auxiliadora dos Empregados da Estrada de Ferro Leopoldina**, CNPJ **34.115.121/0001-09**, DECLARANDO estar ciente de que minha mensalidade associativa, quando cobrada através do desconto diretamente em meu benefício, será realizada através da COBAP – Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos, confederação esta que minha entidade está vinculada e aparecerá em meu extrato de pagamento de benefício com o nome “CONTRIBUIÇÃO SINDICATO COBAP” ou outro nome que venha a ser adotado pelo INSS, sendo que esse valor será rateado entre minha associação/sindicato, Federação e a própria COBAP.

Declaro portanto, que a assinatura da autorização de débito anexa, é parte integrante desse instrumento na qual expressa minha vontade de filiação à associação, devendo dessa forma, produzir todo e qualquer efeito referente à adesão associativa.

Declaro também pelo presente termo que reconheço minha condição de associado perante a entidade acima e que estou ciente do inteiro teor de seu estatuto social, assembleias gerais e outros normativos internos.

Declaro ainda estar ciente dos benefícios que a associação oferece de acordo com a mensalidade que pagarei e que terei acesso aos mesmos enquanto o pagamento da mesma estiver em dia, sendo ainda que esses mesmos benefícios podem sofrer novas inclusões, alterações ou mesmo o cancelamento, sem prejudicar a relação associativa existente.

Através do presente instrumento, aqui denominado (a) como TITULAR, venho por meio deste, autorizar que a Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP, inscrita no CNPJ sob nº 91.340.141/0001-09, a Federação -, inscrita no CNPJ - e a **Associação Mútua Auxiliadora dos Empregados da Estrada de Ferro Leopoldina**, inscrita no CNPJ **34.115.121/0001-09**, aqui denominadas como CONTROLADORAS responsáveis pela coleta, armazenamento e tratamento de dados pessoais, em razão do contrato acima exposto, disponha dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº 13.709/2018.

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais do Titular com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios da boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

O Titular poderá revogar seu consentimento, a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

Não havendo interesse em permanecer associado, deverei solicitar formalmente o meu desligamento.

As Partes e as testemunhas envolvidas neste instrumento afirmam e declaram que esse poderá ser assinado eletronicamente através da plataforma Clicksign, atualmente no endereço <https://www.clicksign.com/>, com fundamento no Artigo 10, parágrafo 2º da MP 2200-2/2001, e do Artigo 6º do Decreto 10.278/2020, sendo as assinaturas consideradas válidas, vinculantes e executáveis, desde que firmadas pelos representantes legais das Partes. Consigna-se no presente instrumento que a assinatura com Certificado Digital/eletrônica tem a mesma validade jurídica de um registro e autenticação feita em cartório, seja mediante utilização de certificados e-CPF, e-CNPJ e/ou NF-e. As Partes renunciam à possibilidade de exigir a troca, envio ou entrega das vias originais (não-eletrônicas) assinadas do instrumento, bem como renunciam ao direito de recusar ou contestar a validade das assinaturas eletrônicas, na medida máxima permitida pela legislação aplicável."

É imprescindível que se anexe cópia de documento original com foto e assinatura igual ao documento fornecido.

CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE APOSENTADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS – COBAP

Entidade: **Associação Mútua Auxiliadora dos Empregados da Estrada de Ferro Leopoldina**

CNPJ: **34.115.121/0001-09**

Data de Fundação: **17/10/2007**

Endereço: **Rua São Cristovão, 460**

Bairro: **São Cristovão**

Município: **Rio de Janeiro** UF: **RJ**

CEP: **24940000**

Telefone: **(21) 2589-7734**

Fax: -

E-mail: **mutua52@terra.com.br**

Código da Entidade: **017.0455.005**

AUTORIZAÇÃO

Eu, **SIMONE OTONI PEDRO**

Brasileiro (a), nascido (a) na data de **18/01/1963**, Sexo **F**,

portador (a) do CPF nº **806.690.427-49**, beneficiário (a) do Regime Geral de Previdência Social, residente e

domiciliado (a) à **Rua Transmontana 65 - -**; Município **VOLTA REDONDA**, UF: **RJ** CEP **27281250**, portador

(a) do benefício número **1574096360** Espécie nº **42**, socio do (a) **Associação Mútua Auxiliadora dos Empregados**

da Estrada de Ferro Leopoldina Sob o número

, AUTORIZO o (a) mesmo (a) perante o

Instituto Nacional de 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 2,3% (dois

inteiros e três décimos 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.

Rio de Janeiro,

Local

13/12/2023

Data

SIMONE OTONI PEDRO

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.

Associação Mútua Auxiliadora dos Empregados da Estrada de Ferro Leopoldina

Assinatura do Presidente ou representante legal da -

Assinatura do Presidente ou representante legal da COBAP

Termo_Filiacao_136769_148088.docx

Documento número #853d72c2-bf05-4583-8943-78d8ef83f83b

Hash do documento original (SHA256): 5bb912c1d8d4ddd44006b4a20e4e0f711220986a022ba0a9659733ba3e3f0cb2

Assinaturas

✓ SIMONE OTONI PEDRO

CPF: 806.690.427-49

Assinou como contratante em 13 dez 2023 às 17:07:57

✓ Geraldo Silva Sobrinho

CPF: 135.534.297-04

Assinou como contratada em 16 dez 2023 às 08:22:36

✓ Warley Martins Gonçalves

CPF: 784.644.478-68

Assinou como contratada em 18 dez 2023 às 14:39:39

Log

| | |
|-----------------------|--|
| 13 dez 2023, 17:00:28 | Operador com email contrato@vileve.com.br na Conta 99eb0040-3452-4a56-bc76-8faf9c9e0591 criou este documento número 853d72c2-bf05-4583-8943-78d8ef83f83b. Data limite para assinatura do documento: 12 de março de 2024 (17:00). Finalização automática após a última assinatura: habilitada. Idioma: Português brasileiro. |
| 13 dez 2023, 17:00:28 | Operador com email contrato@vileve.com.br na Conta 99eb0040-3452-4a56-bc76-8faf9c9e0591 adicionou à Lista de Assinatura: naotem@naotem.com para assinar como contratante, via E-mail, com os pontos de autenticação: Token via WhatsApp; Nome Completo; CPF; endereço de IP; Foto de face & documento. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo SIMONE OTONI PEDRO e CPF 806.690.427-49. |
| 13 dez 2023, 17:00:28 | Operador com email contrato@vileve.com.br na Conta 99eb0040-3452-4a56-bc76-8faf9c9e0591 adicionou à Lista de Assinatura: mutua52@terra.com.br para assinar como contratada, via E-mail, com os pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Geraldo Silva Sobrinho e CPF 135.534.297-04. |
| 13 dez 2023, 17:00:29 | Operador com email contrato@vileve.com.br na Conta 99eb0040-3452-4a56-bc76-8faf9c9e0591 adicionou à Lista de Assinatura: warley@cobap.org.br para assinar como contratada, via E-mail, com os pontos de autenticação: Token via E-mail; Nome Completo; CPF; endereço de IP. Dados informados pelo Operador para validação do signatário: nome completo Warley Martins Gonçalves e CPF 784.644.478-68. |

| | |
|-----------------------|---|
| 13 dez 2023, 17:07:58 | SIMONe OTONI PEDRO assinou como contratante. Pontos de autenticação: Token via WhatsApp *****2672, com hash prefixo a75265(...). CPF informado: 806.690.427-49. Foto de face & documento com hash SHA256 prefixo 1c3992(...), vide anexo 13 dez 2023, 17-07-57.jpeg. IP: 179.242.233.71. Localização compartilhada pelo dispositivo eletrônico: latitude -23.520644770642125 e longitude -46.70705353112678. URL para abrir a localização no mapa: https://app.clicksign.com/location . Componente de assinatura versão 1.701.0 disponibilizado em https://app.clicksign.com . |
| 16 dez 2023, 08:22:36 | Geraldo Silva Sobrinho assinou como contratada. Pontos de autenticação: Token via E-mail mutua52@terra.com.br. CPF informado: 135.534.297-04. IP: 170.81.166.112. Componente de assinatura versão 1.704.0 disponibilizado em https://app.clicksign.com . |
| 18 dez 2023, 14:39:41 | Warley Martins Gonçalle assinou como contratada. Pontos de autenticação: Token via E-mail warley@cobap.org.br. CPF informado: 784.644.478-68. IP: 187.72.81.197. Componente de assinatura versão 1.704.0 disponibilizado em https://app.clicksign.com . |
| 18 dez 2023, 14:39:43 | Processo de assinatura finalizado automaticamente. Motivo: finalização automática após a última assinatura habilitada. Processo de assinatura concluído para o documento número 853d72c2-bf05-4583-8943-78d8ef83f83b. |

**Documento assinado com validade jurídica.**

Para conferir a validade, acesse <https://validador.clicksign.com> e utilize a senha gerada pelos signatários ou envie este arquivo em PDF.

As assinaturas digitais e eletrônicas têm validade jurídica prevista na Medida Provisória nº. 2200-2 / 2001

Este Log é exclusivo e deve ser considerado parte do documento nº 853d72c2-bf05-4583-8943-78d8ef83f83b, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso da Clicksign, disponível em www.clicksign.com.

Anexos

SIMONE OTONI PEDRO

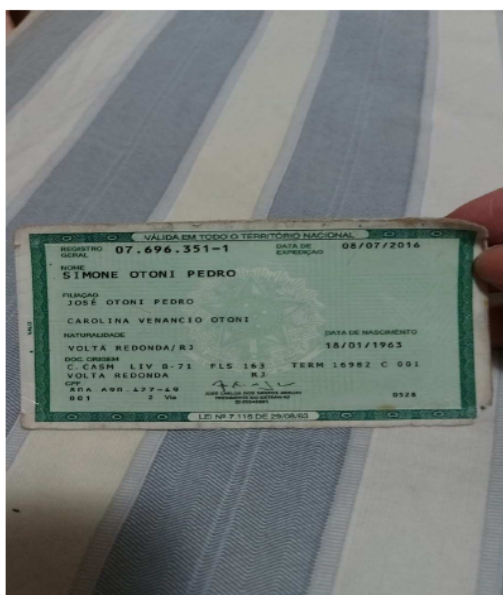
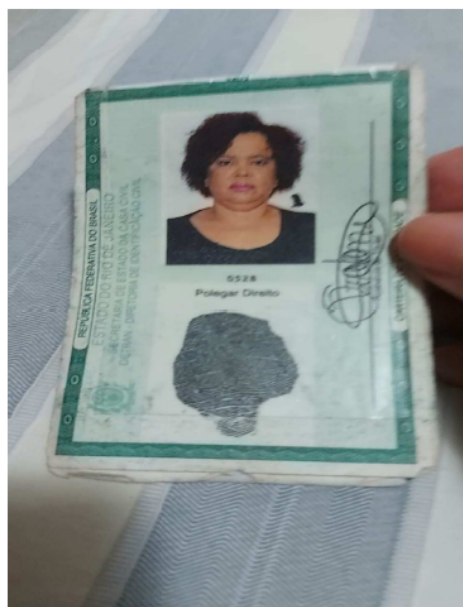
Assinou o documento enquanto contratante em 13 dez 2023 às 17:07:57

SELFIE COM DOCUMENTO

Foto da face com documento com hash SHA256 prefixo
1c3992(...)



13 dez 2023, 17-07-57.jpeg





SINTRA API/CUT
SINDICATO NACIONAL DOS TRABALHADORES
APOSENTADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS

**SINDICATO NACIONAL DOS TRABALHADORES, APOSENTADOS,
PENSIONISTAS E IDOSOS DE MOGI GUAÇU - FILIADO A FENAPI/CUT**

CNPJ: 04.506.612/0001-01 - FUNDAÇÃO 11/05/2001

RUA: JOSÉ COLOMBO, 210, MORRO DO OURO, CENTRO - MOGI GUAÇU/SP

CEP: 13.840-065 TELEFONE: (19) 3831-1447 E-MAIL: SINTRAAPICUT@GMAIL.COM

AUTORIZAÇÃO

Eu, Luiz Fernandes de Freitas, CPF/MF nº 838.871.728-68, brasileiro (a), nascido (a) na data de 16/06/1967, beneficiário (a) do Regime Geral da Previdência Social, residente e domiciliado (a) à VEDRADOR VITORINO SOARES, Nº 155 J-Nº 001, Município: MOGI GUAÇU, UF: SP, CEP: 13.847-232, portador (a) do benefício nº 106.306.394-6, Espécie nº 42, sócio do SINTRA API/CUT, **AUTORIZO** o mesmo a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, através do **SINDICATO NACIONAL DOS TRABALHADORES APOSENTADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS DE MOGI GUAÇU – SINTRA API/CUT**, na condição de sua mandatária, o desconto da mensalidade de sócio, correspondente a 1% (um por cento) do valor de meu benefício previdenciário, cujo percentual em valor corresponde a R\$ _____, a partir da competência 01 / 08 / 2022 com respaldo no disposto no Inciso V do Art. 115 da Lei 8.213, de 24 de julho de 1991.

Data início da autorização 10 / 07 / 2022

Data da revalidação ____/____/____

Declaro que estou:

1º Ciente e de acordo com as informações contidas nesta autorização, bem como que a revalidação desta autorização deverá ocorrer na competência de _____.

2º Recebendo nesta oportunidade, uma via deste termo de autorização.

Mogi Guaçu, SP, 10/07/2022.

Assinatura ou impressão digital do titular do benefício previdenciário

Assinatura do Presidente – Representante Legal SINTRA API



FICHA DE FILIAÇÃO

DADOS PESSOAIS

| | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--|-----------------------------|
| Nome Carmozina De Oliveira Correa | | CPF 883.536.050-15 | |
| Benefício Nº 1102839512 | Identidade 6027551073 | Nascimento 07/10/1948 | Sexo Não Informado |
| Estado Civil Outros | Naturalidade QUARAI | | Nacionalidade BRASILEIRA |
| Nome do Pai Não Informado | | Nome da Mãe ELOA FONTOURA DE OLIVEIRA | |

ENDEREÇO

| | | | |
|--------------------------------|----------|------------------|--|
| Logradouro 16 DE OUTUBRO 26 | | Número | |
| Complemento | | Bairro PLANAP | |
| Cidade QUARAI | UF RS | CEP 97560000 | |

CONTATOS

| | |
|---|--|
| Tel. Residencial/Celular/SMS/WhatsApp (51)99531-2669 | E-mail CARMOZINADEOLIVEIRA46@IG.COM |
|---|--|

DEPENDENTES

| | | |
|--------------------------|------------|---------------|
| NOME | PARENTESCO | NASCIMENTO |
| Art. 792 do Código Civil | Outros | Não informado |

1. Declaro que as informações prestadas por mim são verdadeiras;

2. Autorizo que os dados cadastrais acima informados sejam aproveitados para desenvolvimento de pesquisas que possam reverter em benefícios dos idosos, aposentados e pensionistas.

QUARAI, 12 de Janeiro de 2023

Local e Data

Assinado pelo representante legal
Carlos Raul Ripoll Corrêa Filho CPF: 817.684.860-34

Carlos R. R. C. Filho

Assinatura do titular do benefício previdenciário



Número do documento: 832u00t91gt117pt069t430ec1k5d4

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 75442311.

BENEFÍCIO Nº 1102839512

ESPÉCIE: 32

Sindicato: ASSOCIAÇÃO AMAR BRASIL CLUBE DE BENEFÍCIOS – ABCB/BR

CNPJ: 39.911.488/0001-44

Telefone: (11) 9 3346-5914 / 0800 000 0177

Data da Fundação: 25/11/2020

Endereço: Rua Agenerio Araujo, 366

Bairro: Camargos

Município: Belo Horizonte

UF: MG

CEP: 30.520-220

E-mail: sac@abcbbr.org / contato@amarbrasilclube.com

AUTORIZAÇÃO

Eu, **Carmozina De Oliveira Correa**, CPF/MF nº **883.536.050-15**, brasileiro (a), nascido(a) na data de **07/10/1948**, do Regime Geral de Previdência Social, residente e domiciliado (a) à **16 DE OUTUBRO 26 n PLANAP**
Município: **QUARAI** UF: **RS** CEP: **97560000**, portador (a) do benefício número **1102839512** Espécie Nº **32**,
sócio da Associação Amar Brasil Clube de Benefícios - ABCB/BR sob o número _____, AUTORIZO o mesmo a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social-INSS, através da ABCB/BR, na condição de seu mandatário, o desconto da mensalidade de sócio, correspondente a 2,5% do valor do meu benefício previdenciário, cujo percentual, em valor nominal, corresponde a quantia de **R\$ 32,55 (trinta e dois reais e cinquenta e cinco centavos)** a partir da competência **01/03/2023**, com respaldo no disposto no Inciso do Art.115 da Lei 8.213, de 24 de julho de 1991.

Data de início da autorização: 12/01/2023

Data da revalidação: 01/03/2026

Declaro que estou:

I - ciente e de acordo com as informações contidas nessa autorização, bem como que a revalidação desta autorização deverá ocorrer na competência **03/2026**

II - recebendo, nesta oportunidade, uma via deste Termo de Autorização Assinatura do titular do benefício previdenciário

QUARAI, 12 de Janeiro de 2023

Local e Data

Assinado pelo representante legal
Carlos Raul Ripoll Corrêa Filho CPF: 817.684.860-34

Carlos R. R. C. Filho

Assinatura do titular do benefício previdenciário

Jeani Laurianez Riva

Assinatura do presidente ou representante legal da ABCB/BR



Número do documento: 832u00t91gt117pt069t430ec1k5d4

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade, informando o código 75442311.

Ficha de Filiação Associação ABCB-BR

Documento criado em: 12/01/2023

Número do documento: 832u00t91gt117pt069t430ec1k5d4

Versão do documento: 20



Assinaturas

Carlos Raul Ripoll Corrêa Filho - REPRESENTANTE LEGAL

Tipo de assinatura:

Documento de identificação: 817.684.860-34

Email: raulripoll2@terra.com.br

Telefone: (51)99531-2669

Token único da assinatura: 832u00t91gt117pt069t430ec1k5d4

Assinado pelo representante legal

Carlos Raul Ripoll Corrêa Filho

CPF: 817.684.860-34

Carlos R. R. C. Filho

Assinatura desenhada no dispositivo

Latitude: -30,3875

Longitude: -56,4514

12/01/2023 - 19:14:22

Janie Lupianhez Piva

Tipo de assinatura: AUTOMÁTICA (Conta: 97055c683eb866a5720e5e38dd99872b)

Documento de identificação: 006.245.178-29

Email: contato@abcbbr.org

Telefone: (11) 93346-5914

Token único da assinatura: 26343b3349e512952c19f5e6380009ea

Nível de segurança: Assinatura automática (Autenticação de Conta - ABCB-BR)

Janie Lupianhez Piva

Log

12/01/2023 - 16:10:08 - Documento criado via API

12/01/2023 - 16:13:16 - Janie Lupianhez Piva assinou automaticamente este documento

12/01/2023 - 19:14:22 - Carlos Raul Ripoll Corrêa Filho assinou este documento



Documento assinado por todos os participantes em: 12/01/2023 - 19:14:22

Assinatura com validade jurídica conforme MP 2.200-2.

Este Log é exclusivo ao documento número 832u00t91gt117pt069t430ec1k5d4
prescritos nos Termos de Uso da ABCB-BR disponível em www.abcbbr.org.

e deve ser considerado parte do mesmo, com os efeitos

Hash do documento original

(SHA256): 0b4d3dfdbdc87c22d37b12f51da90ac77826c9c8c2920da9f21cb41b5cdd9ce7

CEDEULA DE IDENTIDADE



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

SSP - POLÍCIA CIVIL

DEP. DE POLÍCIA TÉCNICO-CIENTÍFICA

REGISTRO GERAL

NOME: CARMOZINA DE OLIVEIRA CORREA

6027551073

FILIAÇÃO: RIVADAVIA CORREA DE OLIVEIRA

ELDA FONTOURA DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE BRASILEIRA

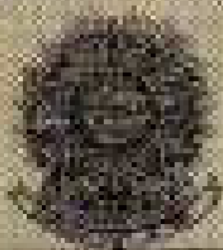
DATA DO NASCIMENTO: 07/10/1948

PORTO ALEGRE-RS

27/01/82

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

0573



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

CARLOS RAUL RIPOLL CORREA FILHO

Nº de Inscrição

817684860-34

Data do Nascimento

06/07/80



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO GERAL DE PENÍCIAS
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

 Polegar Direito



ASSINATURA DO TITULAR



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3068212657 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/04/2008

NOME
CARLOS RAUL RIPOLL CORRÊA FILHO

FILIAÇÃO
CARLOS RAUL RIPOLL CORRÊA
CARMOZINA DE OLIVEIRA CORRÊA

NATURALIDADE
QUARAÍ RS

DATA DE NASCIMENTO
06/07/1980

DOC. ORIGEM
C NASC 2740 QUARAÍ RS
LV A6 FL 58

CPF

PORTO ALEGRE, RS
2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR



500510 / 500510

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83