



A.M.A.E.E.F.L.

Associação Mútua Auxiliadora dos Empregados da Estrada de Ferro Leopoldina

Fundada em 27 de julho de 1917, com Sede própria situada á

Rua São Cristóvão, 460 – São Cristóvão – Rio de Janeiro (RJ) – CEP: 20940-000

Telefones: (21) 2589-7734 e (21) 2580-0678

CNPJ: 34.115.121/0001-09 | E-mail: contato@associacaomutua.com.br

PROPOSTA DE SÓCIO PARA DESCONTO EM FOLHA Aposentado | Pensionista

() Aposentado () Pensionista

NOME COMPLETO				
MATRICULA	NÍVEL	ANUÊNIO	CTPS	SÉRIE
NOME DO PAI				
NOME DA MÃE				
NACIONALIDADE		NATURALIDADE		
DATA DE NASCIMENTO		ESTADO CIVIL		
IDENTIDADE		ORGÃO EXPEDIDOR	CPF	
ENDEREÇO (Logradouro, nº e complemento)				
BAIRRO		CIDADE		
ESTADO	CEP	TELEFONE	EMAIL	
PENSIONISTA, NOME DO EX-FERROVIÁRIO				
AUTORIZAÇÃO AO INSS PARA DESCONTO				
NOME				
ÓRGÃO LOCAL		ESP	Nº DO BENEFÍCIO	
ÓRGÃO PAGADOR		INÍCIO DA CONSIGNAÇÃO		
Autorizo o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), a efetuar mensalmente o desconto de 1% (um por cento) sobre o valor exclusivamente da renda mensal do crédito de minha aposentadoria ou à pensão constante da primeira linha do EXTRATO SEMESTRAL DO BENEFÍCIO, fornecido pela DARAPREV a titulo de doação espontânea em favor da Associação Mútua Auxiliadora dos Empregados da Estrada de Ferro Leopoldina, com sede própria na Rua São Cristóvão, 460, São Cristóvão, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20.940-000, telefones: (21) 2580-0678 / 2580-9496 / 2580-2126. Por ser verdade, a presente em duas vias, para que possa produzir todos os efeitos legais, desejados e autorizados.				
LOCAL E DATA		ASSINATURA		
ANEXO EXTRATO ATUAL DO INSS				

CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE APOSENTADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS – COBAP

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

AUTORIZAÇÃO

EU, _____
Brasileiro (a), nascido (a) na data de _____ / _____ / _____, Sexo () Masculino () Feminino,
Portador (a) do CPF nº _____ . _____ . _____ - _____, beneficiário (a) do Regime Geral de Previdência Social,
Residente e domiciliado (a) à _____

Município: _____ UF: _____ CEP: _____,
Portador (a) do benefício número _____ Espécie nº _____, sócio do (a)

Sob o número _____,
AUTORIZO o (a) mesmo (a) a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, através da
Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos – COBAP, na condição de sua mandatária o
desconto da mensalidade de sócio, correspondentes a _____ % (_____
_____ por cento) do valor do meu benefício previdenciário, com respaldo no disposto no Inciso V do
artigo 115 da Lei 8.213 de 24 de julho de 1991.

_____, _____ / _____ / _____
Local Data

Assinatura ou impressão digital do titular do benefício previdenciário

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

Presidente da entidade

Presidente da Federação