



REVALIDAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO DE MENSALIDADE ASSOCIATIVA

Entidade: _____ CNPJ nº: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefone: _____ E-mail: _____

REVALIDAÇÃO DA 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 nº _____ Espécie nº _____, sócio do (a)

_____, Sob o nº _____, AUTORIZO o

(a) mesmo (a) a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS a REVALIDAÇÃO do desconto

da mensalidade de sócio firmada em oportunidade anterior, com respaldo no disposto no § 6º do art. 115 da Lei

nº 8.213 de 24 de julho de 1991.

Declaro que estou:



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

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

Local e Data _____, ____/____/____

Assinatura ou impressão digital do titular do benefício previdenciário