

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

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

A U T O R I Z A Ç Ã O

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

Município: _____ UF: _____ CEP: _____

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

_____, ____/____/____
Local data

Assinatura ou impressão digital do titular do benefício previdenciário

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

Presidente da entidade

Presidente da Federação

Assinatura do Presidente ou representante legal da COBAP

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 número _____ Espécie nº _____, sócio do (a)

Sob o número _____, 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
Artigo 115 da Lei 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 Data

Assinatura ou impressão digital do titular do benefício previdenciário

Presidente da Entidade

Presidente da Federação

Assinatura do Presidente ou representante legal



Data: ___/___/___

TERMO DE FILIAÇÃO

Eu, _____ brasileiro (a), nascido (a) na data de ___/___/___, portador (a) do CPF nº _____ domiciliado em _____ Nº _____ Comp _____ Bairro _____ Município _____ UF _____ CEP _____ Telefone Fixo () _____, Telefone Celular () _____

e-mail: _____

venho manifestar minha vontade e requerer/confirmar minha inscrição como associado à _____

CNPJ _____, 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 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 _____, inscrita no CNPJ _____, 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.

Assinatura ou impressão digital do associado (titular)

Assinatura do Presidente da entidade

Testemunha 1 (caso seja analfabeto)

Nome:

CPF:

Testemunha 2 (Caso seja analfabeto)

Nome:

CPF:

Obs.: A assinatura deve ser conferida com o documento apresentado. Para analfabetos são necessárias duas testemunhas do próprio associado, não podendo ser pessoas da própria associação.

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