



**SINDICALIZADO (A)**

**Matrícula nº**



**Sindicato Nacional dos Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos, Filiado à Central Única dos Trabalhadores - SINTAPI-CUT**

**CNPJ: 04.077.473/0001-48 - Data de Fundação: 18/05/2000**  
**Endereço: Rua Borges de Figueiredo, 303 – Sala 306 – Mooca -**  
**São Paulo/SP - CEP: 03110-010- Telefone: (11) 2692-6311**

**E-mail: [sintapicut@sintapicut.org.br](mailto:sintapicut@sintapicut.org.br)**

**Registro: 404047-SP**

**Registro: 00036888-DF**

## **AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF/MF nº \_\_\_\_\_ brasileiro(a), nascido(a) na  
data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ beneficiário(a) do Regime Geral de Previdência Social,  
residente e domiciliado(a) à \_\_\_\_\_

Município \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_,

Portador(a) do **BENEFÍCIO NÚMERO:** \_\_\_\_\_ **espécie nº** \_\_\_\_\_  
associado(a) do **SINTAPI-CUT** \_\_\_\_\_ sob o **número de**  
**matrícula** \_\_\_\_\_, **AUTORIZO** o mesmo a promover perante o **Instituto**

**Nacional do Seguro Social – INSS**, através do **SINTAPI-CUT** (Sindicato Nacional dos  
Trabalhadores Aposentados, Pensionistas e Idosos) – filiado à CUT, na condição de seu  
mandatário, o desconto da mensalidade de associado(a), correspondente a 1% (um por  
cento) do valor de meu benefício previdenciário, cujo percentual, em valor nominal,  
corresponde a R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
a partir da competência \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da revalidação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Local** **Data**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do titular do benefício previdenciário**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Presidente ou**  
**Representante legal do SINTAPI-CUT**