



Entidade: Instituto Nacional de Aposentados, deficientes e Idosos - INADI

CNPJ: 18.693.892/0001-19

Endereço: SRTVS Quadra 701 Bloco II - Loja 88 - Térreo 2 Ed. Assis Chateaubriand – Brasília/DF

CEP: 70.340-906

Telefone:(61)3578-8080/(61) 99937-7741

Site: www.inadidf.org.br

AUTORIZAÇÃO

EU, _____ Brasileiro
(a), nascido (a) na data de ____ / ____ / ____, CPF/MF 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
_____ sob o número

_____, AUTORIZO o mesmo a promover perante o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, através do INSTITUTO NACIONAL DE APOSENTADOS, DEFICIENTES E IDOSOS - INADI, na condição de sua mandatária, o desconto da mensalidade de sócio, correspondente a ____% (_____ por cento) do valor do benefício previdenciário para mensalidade e de ____% (_____ por cento), com a opção pelo Plano Funeral, inclusive sobre o 13º Salário, a partir da competência ____/____, com respaldo no disposto no Inciso V do Artigo 115 da Lei 8.213 de 24 de julho de 1991.

Brasília – DF, ____ de _____ de _____

Assinatura ou impressão digital do titular
do benefício previdenciário

Ciente e de acordo com as informações do nosso associado e com os poderes conferidos ao INSTITUTO NACIONAL DE APOSENTADOS, DEFICIENTES E IDOSOS - INADI para o desconto pretendido.

Assinatura do Presidente ou representante legal do INADI