

Termo de Autorização Individual

Nome Completo: _____

Nacionalidade: _____

Estado Civil: _____

Data de Nascimento: _____

Situação (ativo ou aposentado): _____

RG/Órgão Expedidor: _____

CPF: _____

Endereço Residencial (Rua/Av.): _____

N° _____ Complemento _____ CEP: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____

E-mail: _____

Telefone: _____

Caso você seja da ativa, responda as questões abaixo:

É aposentado (a) pelo INSS? _____ (Sim ou não).

Tempo de contribuição ao INSS: _____ anos

Tempo de contribuição à FUNCEF: _____ anos

Tempo de trabalho na Caixa: _____ anos

Autorizo a ANBERR a promover ação judicial visando a afastar as regras da Resolução CGPAR nº 25, de 06 de dezembro de 2018, e declaro que estou ciente de todas as consequências dessa autorização, inclusive que pode implicar no pagamento de contribuições extraordinárias em patamar superior ao aplicável àqueles que se submeterem às regras da referida Resolução.

Assinatura: _____

Cidade: _____

Data: ____/____/____.