

## Termo de Autorização Individual

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Situação (ativo ou aposentado): \_\_\_\_\_

RG/Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial (Rua/Av.): \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.