



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

ANEXO XXVI

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 128, 28 DE MARÇO DE 2022

REVALIDAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO DE MENSALIDADE ASSOCIATIVA

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 nº _____ Espécie nº _____, sócio do (a) _____

_____ Sob o nº _____, AUTORIZO o (a) mesmo (a) a promover

perante o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS a REVALIDAÇÃO do desconto da mensalidade de sócio



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

firmada em oportunidade anterior, com respaldo no disposto no § 6º do art. 115 da Lei nº 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 e Data _____, ____ / ____ / ____

Assinatura ou impressão digital do titular do benefício previdenciário