



**ASSOCIAÇÃO DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS NACIONAL**

**CNPJ: 07.508.538/0001-50**

Nome do Proponente:

Estado Civil:

Data de Nascimento

Identidade:

CPF:

Rua, Av. ou Praça:

N°

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Complemento:

Número do benefício:

E-mail:

Fone Residencial:

Celular:

**PROPOSTA ASSOCIATIVA**

Venho por meio deste solicitar a minha afiliação à AAPEN - Associação dos Aposentados e Pensionistas Nacional, CNPJ 07.508.538/0001-50, com sede na Av. Santos Dumont, n.º 2849, sala 701, bairro Aldeota, Fortaleza/CE, CEP: 60.150-165. Declaro ter conhecimento de que a mensalidade associativa poderá ser paga por meio de desconto direto no benefício previdenciário, na tesouraria da entidade, em espécie, por transferência bancária, por boleto bancário, por carnê ou por PIX. Declaro, ainda, conhecer que o valor da mensalidade associativa corresponde ao percentual de 2% do benefício previdenciário, não podendo ultrapassar o valor correspondente ao percentual de 1% do teto de benefícios do INSS. Declaro, por fim, que conheço os benefícios ofertados pela associação, as defesas de classe e ações sociais promovidas pela entidade, e reconheço as minhas obrigações perante a Associação, nos moldes do Estatuto Social. Valor da mensalidade associativa: R\$ \_\_\_\_\_.

Local

Data

Associado

**Av. Santos Dumont, n.º 2849, sala 701,  
Aldeota – Fortaleza/CE – CEP: 60.150-165  
0800 591 0527 - (85) 99664-8712 (WhatsApp)**