



**I Encontro Latino-Americano de Dirigentes de  
Regimes de Previdência no Serviço Público  
I Encuentro Latinoamericano de Dirigentes de  
Regímenes de Seguridad Social para Servidores Públicos  
Belo Horizonte (Brasil), Ouro Minas Palace Hotel, 14-16 de maio de 2008**

**ARGENTINA**

|                                                                                                                         |                             |                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;">1</p>  | Nome/ Nombre:               | <b>DANIEL ANTONIO ELIAS</b>                                                                     |
|                                                                                                                         | Instituição/ Institución:   | Consejo Federal de Previsión Social – COFEPRES / Caja de Jubilaciones y Pensiones de Entre Rios |
|                                                                                                                         | Cargo:                      | Presidente                                                                                      |
|                                                                                                                         | Endereço/Dirección:         |                                                                                                 |
|                                                                                                                         | Telefone/Teléfono:          |                                                                                                 |
|                                                                                                                         | Fax:                        |                                                                                                 |
|                                                                                                                         | E-mail/ Correo Electrónico: |                                                                                                 |

|                                                                                                                          |                             |                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;">2</p>  | Nome/ Nombre:               | <b>HÉCTOR DANIEL DEL COLLADO</b>                                |
|                                                                                                                          | Instituição/ Institución:   | Instituto Municipal de Previsión Social de la Ciudad de Neuquén |
|                                                                                                                          | Cargo:                      | Administrador General                                           |
|                                                                                                                          | Endereço/Dirección:         |                                                                 |
|                                                                                                                          | Telefone/Teléfono:          |                                                                 |
|                                                                                                                          | Fax:                        |                                                                 |
|                                                                                                                          | E-mail/ Correo Electrónico: |                                                                 |

|                                                                                                                          |                             |                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;">3</p>  | Nome/ Nombre:               | <b>JOSE BARES</b>                                    |
|                                                                                                                          | Instituição/ Institución:   | Instituto de Seguridad Social del Neuquen            |
|                                                                                                                          | Cargo:                      | Director de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones |
|                                                                                                                          | Endereço/Dirección:         |                                                      |
|                                                                                                                          | Telefone/Teléfono:          |                                                      |
|                                                                                                                          | Fax:                        |                                                      |
|                                                                                                                          | E-mail/ Correo Electrónico: |                                                      |

|                                                                                            |                                |                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>4</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>JOSE LUIS OBERTI</b>                                                                                                        |
|                                                                                            | Instituição/ Institución:      | Caja Jubilaciones Pensiones Municipales Victoria Entre Rios/<br>Federación Cajas Jubilaciones Pensiones Municipales Entre Rios |
|                                                                                            | Cargo:                         | Presidente                                                                                                                     |
|                                                                                            | Endereço/Dirección:            |                                                                                                                                |
|                                                                                            | Telefone/Teléfono:             |                                                                                                                                |
|                                                                                            | Fax:                           |                                                                                                                                |
|                                                                                            | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                                                                                                |

|                                                                                             |                                |                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <p>5</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>MARÍA IGNACIA MONASTERIO</b>                           |
|                                                                                             | Instituição/ Institución:      | Instituto de Seguridad Social de la Provincia de la Pampa |
|                                                                                             | Cargo:                         | Gerente Previsional                                       |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:            |                                                           |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:             |                                                           |
|                                                                                             | Fax:                           |                                                           |
|                                                                                             | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                           |

|                                                                                              |                                |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|
| <p>6</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>DANIEL ALBERTO NOTARO</b>                     |
|                                                                                              | Instituição/ Institución:      | Consejo Federal de Previsión Social – CO.FE.PRES |
|                                                                                              | Cargo:                         | Secretario                                       |
|                                                                                              | Endereço/Dirección:            |                                                  |
|                                                                                              | Telefone/Teléfono:             |                                                  |
|                                                                                              | Fax:                           |                                                  |
|                                                                                              | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                  |

|                                                                                              |                                |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|
| <p>7</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>WALTER OSCAR ARRIGHI</b>                      |
|                                                                                              | Instituição/ Institución:      | Ministério de Trabajo, Empelo y Seguridad Social |
|                                                                                              | Cargo:                         | Secretario de Seguridad Social                   |
|                                                                                              | Endereço/Dirección:            |                                                  |
|                                                                                              | Telefone/Teléfono:             |                                                  |
|                                                                                              | Fax:                           |                                                  |
|                                                                                              | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                  |

## BRASIL

|                                                                                            |                                |                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------|
| <p>1</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>ALAN UDALA CAMPOS</b>                        |
|                                                                                            | Instituição/<br>Institución:   | Instituto de Previdência Municipal de São Paulo |
|                                                                                            | Cargo:                         | Diretor de Finanças e Contabilidade             |
|                                                                                            | Endereço/Dirección:            |                                                 |
|                                                                                            | Telefone/Teléfono:             |                                                 |
|                                                                                            | Fax:                           |                                                 |
|                                                                                            | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                 |

|                                                                                             |                                |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <p>2</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>ANTONIO A. CARAM FILHO</b>                                              |
|                                                                                             | Instituição/<br>Institución:   | Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais – IPSEMG |
|                                                                                             | Cargo:                         | Presidente                                                                 |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:            |                                                                            |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:             |                                                                            |
|                                                                                             | Fax:                           |                                                                            |
|                                                                                             | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                                            |

|                                                                                              |                                |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <p>3</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>CARLOS ALBERTO BARRETO MIRANDA</b>                                   |
|                                                                                              | Instituição/<br>Institución:   | Superintendência de Previdência da Secretaria da Administração da Bahia |
|                                                                                              | Cargo:                         | Diretor de Gestão Financeira e Investimentos                            |
|                                                                                              | Endereço/Dirección:            |                                                                         |
|                                                                                              | Telefone/Teléfono:             |                                                                         |
|                                                                                              | Fax:                           |                                                                         |
|                                                                                              | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                                         |

|                                                                                              |                                |                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------|
| <p>4</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>CARLOS HENRIQUE FLORY</b>                    |
|                                                                                              | Instituição/<br>Institución:   | Instituto de Previdência do Estado de São Paulo |
|                                                                                              | Cargo:                         | Superintendente                                 |
|                                                                                              | Endereço/Dirección:            |                                                 |
|                                                                                              | Telefone/Teléfono:             |                                                 |
|                                                                                              | Fax:                           |                                                 |
|                                                                                              | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                 |

|                                                                                            |                                |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>5</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>DÁCIO RIJO ROSSITER FILHO</b>                                                    |
|                                                                                            | Instituição/<br>Institución:   | Fundação de Aposentadorias e Pensões de Servidores do Estado de Pernambuco – FUNAPE |
|                                                                                            | Cargo:                         | Diretor Presidente                                                                  |
|                                                                                            | Endereço/Dirección:            |                                                                                     |
|                                                                                            | Telefone/Teléfono:             |                                                                                     |
|                                                                                            | Fax:                           |                                                                                     |
|                                                                                            | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                                                     |

|                                                                                             |                                |                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <p>6</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>DELÚBIO GOMES PEREIRA DA SILVA</b>                                 |
|                                                                                             | Instituição/<br>Institución:   | Secretaria de Políticas de Previdência Social                         |
|                                                                                             | Cargo:                         | Diretor do Departamento dos Regimes de Previdência no Serviço Público |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:            |                                                                       |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:             |                                                                       |
|                                                                                             | Fax:                           |                                                                       |
|                                                                                             | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                                       |

|                                                                                              |                                |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------|
| <p>7</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>DENISE GUIMARÃES BATISTA</b>                   |
|                                                                                              | Instituição/<br>Institución:   | Secretaria de Políticas de Previdência Social/MPS |
|                                                                                              | Cargo:                         | Gerente de Projetos                               |
|                                                                                              | Endereço/Dirección:            |                                                   |
|                                                                                              | Telefone/Teléfono:             |                                                   |
|                                                                                              | Fax:                           |                                                   |
|                                                                                              | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                   |

|                                                                                              |                                |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <p>8</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>ERALDO SÉRGIO DE MEDEIROS</b> |
|                                                                                              | Instituição/<br>Institución:   | PARANÁPREVIDÊNCIA                |
|                                                                                              | Cargo:                         | Diretor de Previdência           |
|                                                                                              | Endereço/Dirección:            |                                  |
|                                                                                              | Telefone/Teléfono:             |                                  |
|                                                                                              | Fax:                           |                                  |
|                                                                                              | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                  |

|                                                                                            |                                |                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|
| <p>9</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>FABILCE AUXILIADORA DE ASSUNÇÃO SILVA</b>       |
|                                                                                            | Instituição/<br>Institución:   | Secretário de Estado de Planejamento e Gestão – MG |
|                                                                                            | Cargo:                         | Agente Governamental                               |
|                                                                                            | Endereço/Dirección:            |                                                    |
|                                                                                            | Telefone/Teléfono:             |                                                    |
|                                                                                            | Fax:                           |                                                    |
|                                                                                            | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                    |

|                                                                                             |                                |                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|
| <p>10</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>FERNANDO ANTONIO DO AMARAL SANTANA</b> |
|                                                                                             | Instituição/<br>Institución:   | Prefeitura Municipal de Belo Horizonte    |
|                                                                                             | Cargo:                         | Advogado                                  |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:            |                                           |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:             |                                           |
|                                                                                             | Fax:                           |                                           |
|                                                                                             | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                           |

|                                                                                               |                                |                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <p>11</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>FERNANDO FERREIRA CALAZANS</b>                                          |
|                                                                                               | Instituição/<br>Institución:   | Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais – IPSEMG |
|                                                                                               | Cargo:                         | Diretor de Benefícios                                                      |
|                                                                                               | Endereço/Dirección:            |                                                                            |
|                                                                                               | Telefone/Teléfono:             |                                                                            |
|                                                                                               | Fax:                           |                                                                            |
|                                                                                               | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                                            |

|                                                                                               |                                |                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <p>12</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>FERNANDO PÉREZ FERREIRA</b>                                             |
|                                                                                               | Instituição/<br>Institución:   | Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais – IPSEMG |
|                                                                                               | Cargo:                         | Gerente de Investimentos                                                   |
|                                                                                               | Endereço/Dirección:            |                                                                            |
|                                                                                               | Telefone/Teléfono:             |                                                                            |
|                                                                                               | Fax:                           |                                                                            |
|                                                                                               | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                                            |

|                                                                                             |                                |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------|
| <p>13</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>FREDY WELZEL</b>                             |
|                                                                                             | Instituição/<br>Institución:   | Instituto de Previdência Municipal de São Paulo |
|                                                                                             | Cargo:                         | Assessor Técnico                                |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:            |                                                 |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:             |                                                 |
|                                                                                             | Fax:                           |                                                 |
|                                                                                             | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                 |

|                                                                                             |                                |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------|
| <p>14</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>GILSON LUIZ EUZÉBIO DA SILVA</b>            |
|                                                                                             | Instituição/<br>Institución:   | Ministério da Previdência Social               |
|                                                                                             | Cargo:                         | Jornalista na Assessoria de Comunicação Social |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:            |                                                |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:             |                                                |
|                                                                                             | Fax:                           |                                                |
|                                                                                             | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                |

|                                                                                               |                                |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------|
| <p>15</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>HELMUT SCHWARZER</b>                           |
|                                                                                               | Instituição/<br>Institución:   | Secretaria de Políticas de Previdência Social/MPS |
|                                                                                               | Cargo:                         | Secretário de Políticas de Previdência Social     |
|                                                                                               | Endereço/Dirección:            |                                                   |
|                                                                                               | Telefone/Teléfono:             |                                                   |
|                                                                                               | Fax:                           |                                                   |
|                                                                                               | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                   |

|                                                                                               |                                |                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------|
| <p>16</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>JOÃO BATISTA DO LAGO</b>                          |
|                                                                                               | Instituição/<br>Institución:   | Instituto de Previdência do Estado de Roraima – IPER |
|                                                                                               | Cargo:                         | Presidente                                           |
|                                                                                               | Endereço/Dirección:            |                                                      |
|                                                                                               | Telefone/Teléfono:             |                                                      |
|                                                                                               | Fax:                           |                                                      |
|                                                                                               | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                      |

|                                                                                             |                                |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------|
| <p>17</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>JOSE DOS SANTOS PEREIRA</b>                |
|                                                                                             | Instituição/<br>Institución:   | Instituto de Previdência do Estado de do Acre |
|                                                                                             | Cargo:                         | Diretor de Previdência                        |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:            |                                               |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:             |                                               |
|                                                                                             | Fax:                           |                                               |
|                                                                                             | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                               |

|           |                                |                                    |
|-----------|--------------------------------|------------------------------------|
| <p>18</p> | Nome/ Nombre:                  | <b>JOSE MARIA DE PAULA CORREIA</b> |
|           | Instituição/<br>Institución:   | PARANAPREVIDÊNCIA                  |
|           | Cargo:                         | Diretor Presidente                 |
|           | Endereço/Dirección:            |                                    |
|           | Telefone/Teléfono:             |                                    |
|           | Fax:                           |                                    |
|           | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                    |

|                                                                                               |                                |                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <p>19</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>JÚLIO RIBEIRO PIRES</b>                                   |
|                                                                                               | Instituição/<br>Institución:   | Prefeitura Municipal de Belo Horizonte                       |
|                                                                                               | Cargo:                         | Secretário Municipal de Planejamento, Orçamento e Informação |
|                                                                                               | Endereço/Dirección:            |                                                              |
|                                                                                               | Telefone/Teléfono:             |                                                              |
|                                                                                               | Fax:                           |                                                              |
|                                                                                               | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                              |

|                                                                                               |                                |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------|
| <p>20</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>LARISSA MARTINS LAMERA</b>                     |
|                                                                                               | Instituição/<br>Institución:   | Secretaria de Políticas de Previdência Social/MPS |
|                                                                                               | Cargo:                         | Coordenadora de Diálogo Social                    |
|                                                                                               | Endereço/Dirección:            |                                                   |
|                                                                                               | Telefone/Teléfono:             |                                                   |
|                                                                                               | Fax:                           |                                                   |
|                                                                                               | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                   |

|                                                                                             |                                |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <p>21</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>LEONARDO ALVES RANGEL</b>       |
|                                                                                             | Instituição/<br>Institución:   | IPEA                               |
|                                                                                             | Cargo:                         | Técnico de Planejamento e Pesquisa |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:            |                                    |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:             |                                    |
|                                                                                             | Fax:                           |                                    |
|                                                                                             | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                    |

|                                                                                             |                                |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------|
| <p>22</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>LUCIANA RIBEIRO GUEDES</b>                     |
|                                                                                             | Instituição/<br>Institución:   | Secretaria de Políticas de Previdência Social/MPS |
|                                                                                             | Cargo:                         | Coordenadora de Diálogo Social                    |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:            |                                                   |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:             |                                                   |
|                                                                                             | Fax:                           |                                                   |
|                                                                                             | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                   |

|                                                                                               |                                |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <p>23</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>LUCIANO ROGÉRIO FERNANDES</b>                          |
|                                                                                               | Instituição/<br>Institución:   | Fundo de Previdência do Município de Aparecida de Goiânia |
|                                                                                               | Cargo:                         | Presidente                                                |
|                                                                                               | Endereço/Dirección:            |                                                           |
|                                                                                               | Telefone/Teléfono:             |                                                           |
|                                                                                               | Fax:                           |                                                           |
|                                                                                               | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                           |

|                                                                                               |                                |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <p>24</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>LUIZ GUSTAVO ÁVILA MENDONÇA</b>                        |
|                                                                                               | Instituição/<br>Institución:   | IPREV Maceió / Confederação Nacional dos Municípios – CNM |
|                                                                                               | Cargo:                         | Diretor Presidente / Representante da CNM no CONAPREV     |
|                                                                                               | Endereço/Dirección:            |                                                           |
|                                                                                               | Telefone/Teléfono:             |                                                           |
|                                                                                               | Fax:                           |                                                           |
|                                                                                               | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                           |

|                                                                                             |                                |                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <p>25</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>MÁRIO AUGUSTO CAPELLA TAVARES</b>                         |
|                                                                                             | Instituição/<br>Institución:   | Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina – IPESC |
|                                                                                             | Cargo:                         | Diretor Jurídico                                             |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:            |                                                              |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:             |                                                              |
|                                                                                             | Fax:                           |                                                              |
|                                                                                             | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                              |

|                                                                                             |                                |                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <p>26</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>MARIA GECILDA ARAÚJO RIBEIRO</b>                           |
|                                                                                             | Instituição/<br>Institución:   | Instituto de Previdência do Estado do Acre                    |
|                                                                                             | Cargo:                         | Chefe do Departamento de Concessão e Manutenção de Benefícios |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:            |                                                               |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:             |                                                               |
|                                                                                             | Fax:                           |                                                               |
|                                                                                             | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                               |

|                                                                                               |                                |                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <p>27</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>MARILÚCIA MARTINS CALÇADO</b>                              |
|                                                                                               | Instituição/<br>Institución:   | Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais |
|                                                                                               | Cargo:                         | Diretora de Aposentadorias e Proventos                        |
|                                                                                               | Endereço/Dirección:            |                                                               |
|                                                                                               | Telefone/Teléfono:             |                                                               |
|                                                                                               | Fax:                           |                                                               |
|                                                                                               | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                               |

|                                                                                               |                                |                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>28</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>MARGARIDA DE LIMA BELTRÃO</b>                                                     |
|                                                                                               | Instituição/<br>Institución:   | Fundação de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado de Pernambuco – FUNAPE |
|                                                                                               | Cargo:                         | Assessora Jurídica                                                                   |
|                                                                                               | Endereço/Dirección:            |                                                                                      |
|                                                                                               | Telefone/Teléfono:             |                                                                                      |
|                                                                                               | Fax:                           |                                                                                      |
|                                                                                               | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                                                      |

|                                                                                             |                             |                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <p>29</p>  | Nome/ Nombre:               | <b>MARCUS VINICIUS DE SOUZA</b>                                            |
|                                                                                             | Instituição/ Institución:   | Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais - IPSEMG |
|                                                                                             | Cargo:                      | Diretor de Previdência                                                     |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:         |                                                                            |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:          |                                                                            |
|                                                                                             | Fax:                        |                                                                            |
|                                                                                             | E-mail/ Correo Electrónico: |                                                                            |

|                                                                                             |                             |                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <p>30</p>  | Nome/ Nombre:               | <b>MARIA THAÍS DA COSTA OLIVEIRA SANTOS</b>                   |
|                                                                                             | Instituição/ Institución:   | Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais |
|                                                                                             | Cargo:                      | Assessora Chefe                                               |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:         |                                                               |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:          |                                                               |
|                                                                                             | Fax:                        |                                                               |
|                                                                                             | E-mail/ Correo Electrónico: |                                                               |

|                                                                                               |                             |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| <p>31</p>  | Nome/ Nombre:               | <b>MAURO FERREIRA</b> |
|                                                                                               | Instituição/ Institución:   |                       |
|                                                                                               | Cargo:                      |                       |
|                                                                                               | Endereço/Dirección:         |                       |
|                                                                                               | Telefone/Teléfono:          |                       |
|                                                                                               | Fax:                        |                       |
|                                                                                               | E-mail/ Correo Electrónico: |                       |

|                                                                                               |                             |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------|
| <p>32</p>  | Nome/ Nombre:               | <b>MÔNICA CABAÑAS GUIMARÃES</b>                   |
|                                                                                               | Instituição/ Institución:   | Secretaria de Políticas de Previdência Social/MPS |
|                                                                                               | Cargo:                      | Chefe de Gabinete                                 |
|                                                                                               | Endereço/Dirección:         |                                                   |
|                                                                                               | Telefone/Teléfono:          |                                                   |
|                                                                                               | Fax:                        |                                                   |
|                                                                                               | E-mail/ Correo Electrónico: |                                                   |

|                                                                                             |                                |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------|
| <p>33</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>NARCISA MARIA GONÇALVES DOS SANTOS</b>      |
|                                                                                             | Instituição/<br>Institución:   | Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ |
|                                                                                             | Cargo:                         | Professora Adjunta                             |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:            |                                                |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:             |                                                |
|                                                                                             | Fax:                           |                                                |
|                                                                                             | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                |

|                                                                                             |                                |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|
| <p>34</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>NELSON LUIZ OLIVEIRA DE FREITAS</b> |
|                                                                                             | Instituição/<br>Institución:   | Ministério do Planejamento             |
|                                                                                             | Cargo:                         | Diretor                                |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:            |                                        |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:             |                                        |
|                                                                                             | Fax:                           |                                        |
|                                                                                             | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                        |

|                                                                                               |                                |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <p>35</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>ORTEGAL RAIMUNDO JUCÁ</b> |
|                                                                                               | Instituição/<br>Institución:   | AL PREVIDÊNCIA               |
|                                                                                               | Cargo:                         | Superintendente              |
|                                                                                               | Endereço/Dirección:            |                              |
|                                                                                               | Telefone/Teléfono:             |                              |
|                                                                                               | Fax:                           |                              |
|                                                                                               | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                              |

|                                                                                               |                                |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------|
| <p>36</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>PEDRO ANTONIO MOREIRA</b>                      |
|                                                                                               | Instituição/<br>Institución:   | Secretaria de Políticas de Previdência Social/MPS |
|                                                                                               | Cargo:                         | Auditor Fiscal                                    |
|                                                                                               | Endereço/Dirección:            |                                                   |
|                                                                                               | Telefone/Teléfono:             |                                                   |
|                                                                                               | Fax:                           |                                                   |
|                                                                                               | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                   |

|                                                                                             |                                |                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <p>37</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>RENATA MARIA PAES DE VILHENA</b>                           |
|                                                                                             | Instituição/<br>Institución:   | Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais |
|                                                                                             | Cargo:                         | Secretária de Estado                                          |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:            |                                                               |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:             |                                                               |
|                                                                                             | Fax:                           |                                                               |
|                                                                                             | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                               |

|                                                                                             |                                |                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------|
| <p>38</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>ROBERTA ESTER SENNA</b>             |
|                                                                                             | Instituição/<br>Institución:   | Prefeitura Municipal de Belo Horizonte |
|                                                                                             | Cargo:                         | Gerente                                |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:            |                                        |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:             |                                        |
|                                                                                             | Fax:                           |                                        |
|                                                                                             | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                        |

|                                                                                               |                                |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------|
| <p>39</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>ROGÉRIO WAGNER NUNES BORGES</b>                |
|                                                                                               | Instituição/<br>Institución:   | Secretaria de Políticas de Previdência Social/MPS |
|                                                                                               | Cargo:                         | Chefe de Serviço na Coordenação do Diálogo Social |
|                                                                                               | Endereço/Dirección:            |                                                   |
|                                                                                               | Telefone/Teléfono:             |                                                   |
|                                                                                               | Fax:                           |                                                   |
|                                                                                               | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                   |

|                                                                                               |                                |                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <p>40</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>SANDRA MARIA GARCIA DE OLIVEIRA</b>                              |
|                                                                                               | Instituição/<br>Institución:   | Associação Nacional de Entidades de Previdência Municipal - ANEPREM |
|                                                                                               | Cargo:                         | Presidente                                                          |
|                                                                                               | Endereço/Dirección:            |                                                                     |
|                                                                                               | Telefone/Teléfono:             |                                                                     |
|                                                                                               | Fax:                           |                                                                     |
|                                                                                               | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                                     |

|                                                                                             |                             |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------|
| <p>41</p>  | Nome/ Nombre:               | <b>SÔNIA SENA E SILVA</b>                               |
|                                                                                             | Instituição/ Institución:   | Secretaria de Políticas de Previdência Social/MPS       |
|                                                                                             | Cargo:                      | Coordenadora do Conselho Nacional de Previdência Social |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:         |                                                         |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:          |                                                         |
|                                                                                             | Fax:                        |                                                         |
|                                                                                             | E-mail/ Correo Electrónico: |                                                         |

|                                                                                             |                             |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------|
| <p>42</p>  | Nome/ Nombre:               | <b>WANDERLEY BERGAMIM DE OLIVEIRA</b>             |
|                                                                                             | Instituição/ Institución:   | Secretaria de Políticas de Previdência Social/MPS |
|                                                                                             | Cargo:                      | Auditor Fiscal da Receita Federal do Brasil       |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:         |                                                   |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:          |                                                   |
|                                                                                             | Fax:                        |                                                   |
|                                                                                             | E-mail/ Correo Electrónico: |                                                   |

|                                                                                               |                             |                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <p>43</p>  | Nome/ Nombre:               | <b>WILLIAN GARCIA DA SILVA</b>                               |
|                                                                                               | Instituição/ Institución:   | Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina - IPESC |
|                                                                                               | Cargo:                      | Gerente do Contencioso Judicial                              |
|                                                                                               | Endereço/Dirección:         |                                                              |
|                                                                                               | Telefone/Teléfono:          |                                                              |
|                                                                                               | Fax:                        |                                                              |
|                                                                                               | E-mail/ Correo Electrónico: |                                                              |

## CONFERÊNCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDADE SOCIAL – CISS

|                                                                                              |                             |                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------|
| <p>1</p>  | Nome/ Nombre:               | <b>JOSÉ GABRIEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ</b>                 |
|                                                                                              | Instituição/ Institución:   | Conferencia Interamericana de Seguridad Social – CISS |
|                                                                                              | Cargo:                      | Secretario General                                    |
|                                                                                              | Endereço/Dirección:         |                                                       |
|                                                                                              | Telefone/Teléfono:          |                                                       |
|                                                                                              | Fax:                        |                                                       |
|                                                                                              | E-mail/ Correo Electrónico: |                                                       |

## COSTA RICA

|                                                                                            |                             |                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|
| <p>1</p>  | Nome/ Nombre:               | <b>RUTH MARÍA CENTENO DÍAZ</b>                   |
|                                                                                            | Instituição/ Institución:   | Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio |
|                                                                                            | Cargo:                      | Miembro de Junta Directiva                       |
|                                                                                            | Endereço/Dirección:         |                                                  |
|                                                                                            | Telefone/Teléfono:          |                                                  |
|                                                                                            | Fax:                        |                                                  |
|                                                                                            | E-mail/ Correo Electrónico: |                                                  |

|                                                                                             |                             |                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|
| <p>2</p>  | Nome/ Nombre:               | <b>ALICE ARGUEDAS PORRAS</b>                     |
|                                                                                             | Instituição/ Institución:   | Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio |
|                                                                                             | Cargo:                      | Miembro de Junta Directiva                       |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:         |                                                  |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:          |                                                  |
|                                                                                             | Fax:                        |                                                  |
|                                                                                             | E-mail/ Correo Electrónico: |                                                  |

## MÉXICO

|                                                                                              |                             |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <p>1</p>  | Nome/ Nombre:               | <b>OSVALDO A. SANTIN QUIROZ</b>                                 |
|                                                                                              | Instituição/ Institución:   | Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios |
|                                                                                              | Cargo:                      | Director General                                                |
|                                                                                              | Endereço/Dirección:         |                                                                 |
|                                                                                              | Telefone/Teléfono:          |                                                                 |
|                                                                                              | Fax:                        |                                                                 |
|                                                                                              | E-mail/ Correo Electrónico: |                                                                 |

## OIT

|                                                                                            |                                |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------|
| <p>1</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>ALEJANDRO BONILLA GARCÍA</b>              |
|                                                                                            | Instituição/<br>Institución:   | Organización Internacional del Trabajo       |
|                                                                                            | Cargo:                         | Consejero Técnico Principal QUATRIN AMERICAS |
|                                                                                            | Endereço/Dirección:            |                                              |
|                                                                                            | Telefone/Teléfono:             |                                              |
|                                                                                            | Fax:                           |                                              |
|                                                                                            | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                              |

|                                                                                             |                                |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <p>2</p>  | Nome/ Nombre:                  | <b>VINÍCIUS CARVALHO PINHEIRO</b>                           |
|                                                                                             | Instituição/<br>Institución:   | Organización Internacional del Trabajo                      |
|                                                                                             | Cargo:                         | Especialista Principal em Protecção Social QUATRIN AMERICAS |
|                                                                                             | Endereço/Dirección:            |                                                             |
|                                                                                             | Telefone/Teléfono:             |                                                             |
|                                                                                             | Fax:                           |                                                             |
|                                                                                             | E-mail/<br>Correo Electrónico: |                                                             |