



APCEF SAÚDE FICHA DE CADASTRO

Nome do associado Titular: _____

Matrícula: _____ Lotação : _____

Endereço Particular: _____

Cidade: _____ CEP: _____ Telefone: _____

E-mail: _____

Nome dos Dependentes:

Grau de Parentesco:

1-

2-

3-

TERMO DE ADESÃO E AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA

Eu

_____, matrícula: _____,
lotado _____, autorizo, expressamente, a Associação do Pessoal da Caixa
Econômica Federal/RS – APCEF-RS e/ou Caixa Econômica Federal efetuarem o débito em minha
conta bancária: agência nº _____, operação nº _____, conta nº _____ referente a _____
dependente(s) por mim inscrito(s), totalizando R\$ _____
(_____), para utilização do APCEF SAÚDE e declaro ter
conhecimento do regulamento estabelecido pelo mesmo, comprometendo-me a cumpri-lo,
respeitando as normas do convênio. O regulamento e a rede de serviços conveniados estão
publicados na página eletrônica da Associação – www.apcefrs.org.br.

A presente inscrição terá validade mínima de 01 (um) ano, renovado automaticamente, caso
o associado não manifeste desejo contrário, no prazo de 01 (um) mês após o seu vencimento.

Local e data: _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Associado(a)