



## **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 200\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Associado(a)**