

**PROPOSTA DE ASSOCIAÇÃO****Matrícula
(com dígito)**Solicito pela presente, minha inscrição no quadro associativo da APCEF/RS, Associação do Pessoal da Caixa Econômica Federal do Rio Grande do Sul, cujo funcionamento é regulado pelo Estatuto disponível na página eletrônica www.apcefrs.org.br.**1 - DADOS CADASTRAIS**

Nome:		Sexo: () Masculino () Feminino	
Situação na Caixa : () Ativo () Aposentado () Pensionista () Ex-empregado () Licenciado () A disposição () Outros			
C.P.F.:	RG:	Telefone \ Ramal:	
Cargo:	Função:	Referência salarial:	
Lotação Administrativa:		Lotação Física:	
Conta Bancária:	Tipo:	Agência:	

2 - DADOS COMPLEMENTARES

Data de Nascimento:	Data ingresso na Caixa:	Data Aposentadoria:
Nome do pai: Carteira Dependente: () sim () não	Nome da mãe: Carteira Dependente: () sim () não	
Estado civil: () Solteiro () Casado () União Estável () Separado / Divorciado () Viúvo		
Já pertenceu ao quadro social da APCEF-RS : () SIM () NÃO Período: ____/____/____ à ____/____/____		

3 - CONTATO

Endereço:			UF:
Bairro:	CEP:	Cidade:	
Telefone:	Celular:	E-mail:	

4 - CÔNJUGE

Nome:	Data de nascimento:
É empregado(a) da Caixa: () SIM () NÃO Matrícula:	Associado da APCEF-RS ? () SIM () NÃO
Lotação Administrativa:	Lotação Física:

5 - DEPENDENTES

Nome:	Carteira de Identidade:	Grau:	Data de Nascimento:

DE ACORDO**Autorização**

Autorizo desde já minha empregadora Caixa Econômica Federal a efetuar o desconto em folha de pagamento ou em conta corrente, em valor igual a um por cento (1%) da minha remuneração base mensal. Sendo aposentado ou pensionista autorizo desconto junto à FUNCEF ou PREVHAB ou em minha conta corrente na CEF, em valor equivalente a 0,5% sobre o valor total do meu benefício Previdência Social mais Previdência Complementar (FUNCEF OU PREVHAB). Declaro estar ciente que o desconto associativo ocorrerá pelo período mínimo de doze meses, e que o seu valor foi definido pela assembléia geral, conforme determina § 2º do artigo 11 da Norma Estatutária.

____/____/____
Data Diretoria

Porto Alegre/RS, ____ de ____ de ____

Assinatura

6 - INDICAÇÃO

QUEM INDICOU: NOME _____ MATRÍCULA: (com dígito) _____

PEDIDO DE INCLUSÃO – SEGURO JURÍDICO PREVIDENCIÁRIO

Eu, _____, matrícula _____, solicito a inclusão no Seguro Jurídico Previdenciário e autorizo a APCEF/RS e /ou a Caixa Econômica Federal a efetuar, no dia 20 (vinte) de cada mês, o débito no valor aprovado em assembleia, atualmente de R\$ 5, em minha conta corrente.

Agência: _____ Operação: _____ Conta: _____

Assinatura

Data