APCEF/RS
NOSSA LUTA É POR SUAS CONQUISTAS

PROPOSTA DE ASSOCIAÇÃO

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.

Matrícula (com dígito)

1 - DADOS CADASTRAIS

Nome: | Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Situação na Caixa : ( ) Ativo ( ) Aposentado ( ) Pensionista ( ) Ex-empregado ( ) Licenciado ( ) A disposição ( ) Outros

CPF: | RG: | Tel. com. / ramal:

Cargo: | Função: | Referência salarial (cód):

Lotação Administrativa (cód): | Lotação Física (cód): | Data Aposentadoria INSS:

Agência (cód): | Operação: | Conta Bancária: | N° Benefício INSS:

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:	Parentesco:	Data de Nascimento:

DE ACORDO

_____/_____/_____ _____

Data **Diretoria**

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 o desconto junto à FUNCEF, PREVHAB, INSS ou em minha conta corrente na Caixa Econômica Federal, em valor equivalente a 0,5% sobre o valor total do meu benefício da 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.

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$ 5,00 em minha conta corrente.
Agência (cód):_____ Operação:_____Conta:_____

_____ _____/_____/_____

Assinatura Data