

## 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](http://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)**

RECEBIDO PELO (A) EMPREGADO (A) APCEF/RS

NOME: \_\_\_\_\_

---

ASSOCIAÇÃO DO PESSOAL DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL - APCEF/RS  
AV. CORONEL MARCOS, 851 - CEP: 91760-000 - PORTO ALEGRE - RS  
FONE: (51) 3268-1611 - FAX: (51) 3268-2700  
E-MAIL: [apcefrs@apcefrs.org.br](mailto:apcefrs@apcefrs.org.br) - PORTAL WEB: [www.apcefrs.org.br](http://www.apcefrs.org.br)



SETOR: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_