

**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 Conselho Deliberativo e pelo Estatuto disponível na página eletrônica [www.apcefrs.org.br](http://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:	Nº 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 a empregadora Caixa Econômica Federal a efetuar o desconto em folha de pagamento ou débito em conta corrente de minha titularidade perante a CAIXA, 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 bancária perante a 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 as doze primeiras taxas mensais serão devidas obrigatoriamente, mesmo que venha a me desligar da APCEF/RS antes deste prazo, conforme decisão do Conselho Deliberativo – ata do dia 15/03/2019, em razão da quantia ser considerada joia – alínea “a” e § 1º do art. 11 do Estatuto.

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 quadrimestre o débito em minha conta corrente do valor aprovado em Assembleia, atualmente de R\$ 7,00 mensais, debitando R\$ 28,00 no mês de janeiro, maio e setembro.

Agência (cód): \_\_\_\_\_ Operação: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_