

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**LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS**

Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados nº 13.709/2018, a Associação do Pessoal da Caixa Econômica Federal - APCEF/RS poderá, mediante a presente anuência expressa do titular, tratar dos dados preenchidos acima, para finalidade de acesso, utilização, comunicação, reprodução, transmissão, processamento, arquivamento, armazenamento e transferência, pelo tempo em que o titular for associado, sendo garantida a manutenção de medidas de segurança aptas a proteger os dados pessoais de qualquer tratamento inadequado ou ilícito.

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: _____

Assinatura____/____/____
Data