

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:		Lotação Física:	
Conta Bancária:	Tipo:	Agência (cód):	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
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 assembleia geral, conforme determina § 2º do artigo 11 da Norma Estatutária.

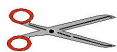
 ____/____/____ _____
Data **Diretoria**

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