



Associação do Pessoal da Caixa Econômica Federal do Amapá

FICHA DE ADESÃO – ASSOCIADOS CONTRIBUINTES

Nome _____
Nacionalidade _____ Natural de _____ Estado _____
Data de Nascimento ____ / ____ / ____ Estado Civil _____
R.G. _____ UF emissor _____ CPF _____
End. Res. _____ nº _____ Compl. _____
Bairro _____ Cidade _____ Estado _____
CEP _____ Telefone (____) _____ Cel. (____) _____
E-mail _____

DEPENDENTES

NOME	PARENTESCO	SEXO	DATA NASCIMENTO

Eu, _____, solicito minha inclusão no quadro de associados desta Associação. Declaro conhecer o Estatuto da APCEF/AP e autorizo o desconto da mensalidade no valor de R\$ 50,00 em **débito em conta corrente da qual sou titular, conforme dados abaixo**, em favor da APCEF/AP, sendo que, caso isso não seja possível, me comprometo a efetuar o pagamento das mensalidades mediante boleto, transferência bancária ou diretamente na Secretaria da APCEF/AP, sendo que o valor da mensalidade será atualizado na mesma proporção da atualização salarial dos bancários da Caixa de cada ano. Adicionalmente, autorizo o débito do valor equivalente à mensalidade normal na forma de décima terceira mensalidade, que será cobrado em duas parcelas de 50% do valor integral, conforme Estatuto vigente.

Conta Corrente (CAIXA) _____ Operação _____ Agência _____.

INDICAÇÕES (Dois associados efetivos)

Indicado por: _____ Matrícula: _____ _____ Assinatura (associado efetivo)	Indicado por: _____ Matrícula: _____ _____ Assinatura (associado efetivo)
--	--

Declaro que, sob as penas da Lei, todas as informações prestadas nesta ficha são a expressão da verdade.

Assinatura

Macapá-AP, ____ / ____ / ____
Local e data

FICHA DE FILIAÇÃO

Nome:		Mat.:	
End.:		Bairro:	
Cidade:	Est:	CEP: -	
Fone: ()	Tel.Com. ()	Celular: ()	
Data de Nasc.: / /	Sexo: M () F ()	C.I.:	
CPF:	Lotação:		
CARGO:	FUNÇÃO:	Data Admissão:	
e-mail:			
Estado Civil:		Escolaridade:	
DEPENDENTES:		Parentesco	M/F
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

À CEF/MZ/FUNCEF/FENAE/CAIXA SEGUROS

Autorizo a Central de Administração e Recursos Humanos da CAIXA, ou FUNCEF, a descontar em minha folha de pagamento o valor correspondente a 1% (um por cento) da remuneração base, inclusive sobre 13º (décimo terceiro) salário, não podendo ser inferior ao piso de R\$ 25,00 (vinte e cinco reais) e nem superior ao teto de R\$ 50,00 (cinquenta reais). Referido piso e teto, serão atualizados anualmente pelo índice de reajuste salarial concedido pela Caixa Econômica Federal aos seus empregados referente à mensalidade da Associação do Pessoal da Caixa Econômica Federal do Amapá. Em conformidade com o art. 46, §1º, I, e §3º, do Estatuto da APCEF/AP.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura: _____

Podem ser dependentes: Esposo(a), filhos do casal até 21 anos ou até 24, de universitários (anexar comprovante). Pai, mãe, irmãos, enteados(as) se autorizados no CAIXA SAÚDE ou INSS, anexar documento que comprove dependência. Para companheiro(a), anexar declaração de co-habitação há mais de 2 anos, com duas testemunhas empregados da CEF. **OBS: Enviar 01 foto 3x4 (COLORIDA) titular e dependentes acima de 06 anos para confecção das respectivas carteiras.**