

FICHA DE FILIAÇÃO

| | | | | | | |
|-----------------------|---------------|--------------------------|----------------------|----------------------------------|---|--------------------|
| NOME: | | | | MAT.: | | |
| END.: | | | BAIRRO: | | | |
| CIDADE: | | EST.: | CEP: - | | | |
| FONES: () | | TEL.COM. () | | CEL. () | | |
| DATA DE NASC. / / | | SEXO: MASC. () FEM. () | | C.I.: | | |
| CPF: | | LOTAÇÃO: | | | | |
| CARGO: | | FUNÇÃO: | | DATA ADMISSÃO: | | |
| E-MAIL: | | | | | | |
| ESTADO CIVIL: | (01) SOLTEIRO | ESCOLARIDADE | (01) 2º GRAU | PARENTESCO: | (01) CÔNJUGE | |
| | (02) CASADO | | (02) SUP. INCOMPLETO | COLOQUE O CÓD. NA TABELA ABAIXO. | (02) FILHO(A) | |
| | (03) SEP/DIV | | (03) SUPERIOR | | (03) PAI | |
| | (04) VIÚVO | | (04) PÓS GRADUAÇÃO | | (04) MÃE | |
| | | | (05) OUTROS QUAL? | | (05) COMPANHEIRO(A), ENTEADO(A), IRMÃOS | |
| SÃO SEUS DEPENDENTES: | | | | PARENTESCO (VIDE TABELA) | MAS/FEM | DATA DE NASCIMENTO |
| 1. | | | | | | |
| 2. | | | | | | |
| 3. | | | | | | |
| 4. | | | | | | |
| 5. | | | | | | |
| 6. | | | | | | |
| 7. | | | | | | |

À CAIXA ECONÔMICA FEDERAL / À FUNCEF

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\$ 65,00 (sessenta e cinco reais). Referido piso e teto, serão atualizados anualmente pelo índice de reajuste salarial concedido pela Caixa Econômica Federal a seus empregados referente à mensalidade da Associação do pessoal da Caixa em Minas Gerais.

Ou a APCEF/MG proceder o débito em minha conta corrente do valor acima referido.

| | | |
|----------|-----------|--------|
| Agência: | Operação: | Conta: |
|----------|-----------|--------|

_____, ____ de _____ de _____

Ass.: _____

Podem ser dependentes: Esposo ou esposa, filhos do casal até 21 anos ou até 24, se 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 funcionárias da CEF. **OBS.: Enviar 01 foto 3x4 titular e dependente acima de 06 anos para confecção das respectivas carteiras.**

Rua Expedicionário Celso Racioppi, 185 – Bairro São Luiz – BH/MG – CEP. 31310-070
 Tel.: (31)3439-5000 - Fax: (31)3491-3712
 E-mail: atendimento@apcefmg.com.br

Declaro que li e aceito o regulamento da campanha *Nossa Apcef*.

*Preencher a ficha de filiação e encaminhá-la devidamente assinada, via malote ou correio, ao Departamento de Atendimento da Apcef/MG. Após o recebimento da ficha de filiação, é feita a comunicação à Caixa para o procedimento do desconto em folha de pagamento. Para outras informações sobre a documentação necessária, entre em contato com a secretária.