# FORMULÁRIO DE ASSOCIAÇÃO NA APEFRS

| IDENTIFICAÇÃO |
|---|
| Nome Completo: |
| |
| Data de Nascimento: CPF: |
| Endereço: Nº: Bloco: Apto: |
| Bairro: Cidade: |
| UF: CEP: Celular: ( ) |
| E-mail: |

| DADOS ACADÊMICOS E PROFISSIONAIS<br>(anexar imagem do diploma de graduação ou comprovante de matrícula atual) |
|---|
| ( ) Acadêmico ( ) Profissional ( ) Profissional Aposentado |
| Instituição de ensino onde estuda ou se graduou: |
| Ano de Ingresso: Ano de conclusão: |
| Registrado no CREF? ( ) Sim ( ) Não. Nº: |

| FORMAS DE PAGAMENTO |
|---|
| **1. ( ) Desconto em folha (professores da rede pública estadual)** |
| **AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DO TESOURO DO ESTADO (CTE)***<br>(apenas para professores da rede pública estadual) |
| Eu, professor (a) |
| com matrícula no Tesouro do Estado nº com código de autenticidade nº |
| referente ao mês de , pelo presente Termo de Compromisso autorizo o desconto em folha da importância relativa à mensalidade da APEFRS – Associação dos Profissionais de Educação Física do RS. |
| **2. ( ) Transferência ou depósito bancário a favor de APEFRS**<br>**Banco Banrisul Ag. 0050 Conta 06.038437.0-9**<br>Valores vigentes: ( ) semestralidade 2020-2 de R$ 48,00 ( ) anuidade 2020 de R$ 96,00 |
| **AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE BOLETO** |
| Eu, |
| CPF Nº autorizo a APEFRS a emitir boletos de cobrança pela rede bancária de sua conveniência, referentes às próximas semestralidades/anuidades, conforme a condição vigente ou acordada. |

| | |
|---|---|
| **Data:** | **Assinatura:** |

APEFRS – Rua José do Patrocínio 721 sala 401 – Cidade Baixa Porto Alegre/RS
www.apefrs.com.br / e-mail: apefrs@apefrs.com.br / (51) 9762-5155 - WhatsApp