



Associação dos Funcionários das Fundações Estaduais de Prot. Especial e de Atend. Sócio Educativo

SEDE PRÓPRIA: Av. Padre Cacique, 628 - Menino Deus - Porto Alegre - RS - CEP 90810-240

SEDE SOCIAL: Rua Conselheiro Xavier da Costa, 2416 - Ipanema - Fone: (51) 3248.5010

CNPJ: 87157319/0001-03 - Fones: (51) 3233.3119 - 3233.3628 - 3231.9077 - Fax: (51) 3233.3232

Email: afufe@afufe.com.br

AUTORIZAÇÃO

Pelo presente autorizo transferir de minha c/c do BANRISUL, para a c/c da AFUFE ou descontar do recibo de quitação em caso de rescisão de contrato de trabalho com a FASE ou FPE, os valores pertinentes aos descontos devidos, em função da minha opção de vínculo com o plano de saúde/assistência odontológica/seguro de vida e outros convênios mantidos por esta Associação, enquanto perdurar este vínculo, nos valores cobrados pelo convênio abaixo consignado, deixando claro que na medida em que não houver comunicado de desistência da opção pelo referido plano, por escrito, deve ser mantido, por tempo indeterminado, a manutenção da presente autorização em todos os termos. Na eventualidade de rescisão de contrato, com a FASE ou FPE, não manifestando por escrito, interesse em permanecer o vínculo ao plano, autorizo desde já minha exclusão do mesmo, na data do rompimento do contrato de trabalho. Outrossim, em caso de inadimplência superior a 60 (sessenta) dias e após ter havido notificação desse atraso para o endereço constante no cadastro da AFUFE, autorizo essas Associações a excluir-me do referido plano, comprometendo-me a devolução das carteiras do convênio, sem delas poder-me utilizar.

Declaro, outrossim que recebi uma cópia da presente autorização.

Nome Completo:		
Nº Matrícula:	Data Nasc.:	Estado Civil:
CPF:	RG:	Tel. Res:
Nome da Mãe:		
Nome do Pai:		
Tel. Celular:		Tel. Comercial:
Convênio:	Modalidade:	Valor: R\$
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	CEP:

DEPENDENTE(S)

Nome:		
CPF.:	RG:	D. N.
Grau Parentesco:	Estado Civil:	Valor: R\$
Nome do Mãe:		
Nome do Pai:		

Nome:		
CPF.:	RG:	D. N.
Grau Parentesco:	Estado Civil:	Valor: R\$
Nome do Mãe:		
Nome do Pai:		

Competência Inicial

Total Mensal: R\$

Tx. Inscrição: R\$

Porto Alegre - RS -

de

de 2021

Assinatura.