



## FICHA DE INSCRIÇÃO DE ASSOCIADO NA CAFEFE

Nome:		Matrícula:		Data Admissão CAFEFE:	
Data Admissão EMATER-MG:		Cargo:		Lotação:	
Data Nascimento:		Naturalidade:		Estado Civil:	
Nome Cônjuge:					
Filiação (sem abreviação):		Mãe:		Pai:	
CPF:		Carteira Identidade:		Órgão Expedidor:	
Banco:		Agência:		Conta:	
Endereço:					
Bairro:			Cidade:		CEP:
Telefone Fixo:		Celular:		E-mail Particular:	
				E-mail Trabalho:	

Nome Dependentes	CPF	Grau Dependência	Data Nascimento	Categoria que Se enquadra	Nome da Mãe	Universitário (Sim / Não)	Estado Civil	Sexo

Nome mãe do Cônjuge,companheiro(a) (COMPLETO) \_\_\_\_\_ Auxílio Funeral: \_\_\_\_\_

Dependentes Diretos do Titular:a) cônjuge ou companheiro

b) filhos(as) solteiros(as) com idade até 21 (vinte e um) anos ;

c) filhos(as) solteiros(as) com idade entre 22 e 24 anos universitários(as);

d) filhos(as) inválidos(as) enteado, menor, sob a guarda do beneficiário titular por força de decisão judicial e o menor tutelado, mediante documentação legal;

e) companheiro, havendo união estável na forma da lei civil, devidamente comprovada, sem eventual concorrência com o cônjuge.Dependentes Econômicos do Titular:a) Filhos(as) com idade entre 22 (vinte e dois) e 38 (trinta e oito) anos, desde que solteiros;

b) Netos solteiros(as) menores de 18 (dezoito) anos; condição vedada em 20/08/2014.

c) Cônjuge ou companheiro, na hipótese do associado ter inscrito pai e/ou mãe como dependentes, em época na qual a inclusão dos pais era permitida pelas regras do Plano.

Para usufruir dos benefícios a que tenho direito, como associado da Caixa de Beneficência dos Funcionários da EMATER-MG – CAFEFE, autorizo a EMATER-MG, por meio de seu órgão competente, a descontar mensalmente, na folha de pagamento, 3,3% (três vírgula três por cento) do total bruto do meu provento mensal, a favor da CAFEFE, por outro percentual, que venha a ser definido, com vistas à manutenção do Programa de Saúde.

Autorizo, também, descontos específicos, relativos a minha participação em outros benefícios oferecidos pela CAFEFE, para os quais concordei expressamente em ser beneficiário.

Quando o desconto mensal a ser efetuado para a CAFEFE ultrapassar o limite do desconto autorizado pela EMATER-MG, a CAFEFE emitirá boleto bancário relativo à diferença, cujo pagamento será efetuado por mim, na data do vencimento estipulado.

No caso de suspensão temporária do pagamento de proventos pela EMATER-MG, autorizo a CAFEFE a efetuar os descontos mensais devidos, na suplementação a que tenho direito na Fundação de Seguridade CERES, se participante. Não havendo saldo suficiente a receber da Fundação, fica a CAFEFE autorizada a emitir boleto do valor a ser pago.

Caso não seja participante da Fundação de Seguridade CERES comprometo-me a ressarcir a CAFEFE, o valor devido referente à minha participação, por meio de boleto bancário a ser emitido e encaminhado pela CAFEFE.

Ocorrendo a cessação ou suspensão do contrato de trabalho com a EMATER-MG ou meu desligamento da CAFEFE, autorizo também o desconto integral no Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho das obrigações contraídas durante a minha permanência como sócio da CAFEFE, tais como saldo devedor de empréstimo, despesas médico-hospitalares, que porventura venham a ser apresentadas pela rede conveniada, após a data do meu desligamento da EMATER-MG, ou quaisquer outros débitos, devidamente justificados, existentes nos registros contábeis da CAFEFE.

Optando por permanecer no quadro de associados da CAFEFE como sócio facultativo, após desligamento da EMATER-MG, na condição de aposentado, afastado por licença sem remuneração ou afastamento para exercer cargo político, a migração da categoria de sócio ativo para sócio facultativo ocorrerá por intermédio de contrato específico firmando entre as partes no prazo máximo de 30 (trinta) dias da data do afastamento. Estou ciente de que o atraso no pagamento de despesas de qualquer natureza acarretará, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, a cobrança de juros de mora, correção monetária, custas, multas sobre o valor do débito, honorários advocatícios, quando houver e que a não quitação da dívida dará direito a inscrição do meu nome no Serviço de Proteção de Crédito (SPC).

Declaro ser conhecedor do Estatuto, do Regulamento, das Normas do Programa de Saúde, do Contrato de Sócio Facultativo, do Contrato de Empréstimo Mútuo e demais normas dos benefícios oferecidos pela CAFEFE, cujas dúvidas foram esclarecidas no ato da minha inscrição, como associado, e que o não cumprimento do disposto implicará nas penalidades previstas nos referidos documentos, inclusive exclusão do Programa de Saúde administrado pela CAFEFE. Para dirimir questões oriundas do presente Termo de Autorização, as partes elegem o foro de Belo Horizonte, com renúncia expressa a qualquer outro por mais privilegiado que

Local e Data:	_____
Assinatura do Associado:	_____
Assinatura do Presidente da CAFEFE:	_____
Testemunhas:	Nome : _____ CPF: _____
	Nome : _____ CPF: _____