



## FORMULÁRIO DE ASSOCIAÇÃO NA APEFRS

### IDENTIFICAÇÃO

Nome:		
Data de Nascimento:	CPF:	
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	
UF:	CEP:	Celular: (    )
E-mail:		

### DADOS ACADÊMICOS E PROFISSIONAIS (exclusivo para Educação Física) (anexar cópia do diploma de graduação ou comprovante de matrícula deste semestre)

(    ) Acadêmico		(    ) Profissional	
Instituição de ensino:			
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 TESOIRO DO ESTADO (CTE)\* (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. (    ) PIX (chave CNPJ 87382214/0001-58) ou Transferência bancária - APEFRS Banco Banrisul Ag. 0050 Conta 06.038437.0-9	
<b>Anuidade 2025 = R\$ 96,00</b>	
<b>AUTORIZAÇÃO PARA COBRANÇA</b>	
Eu,	
autorizo a APEFRS a fazer a cobrança das próximas anuidades através da emissão de boleto da rede bancária de sua conveniência, salvo se forem quitadas pela mesma forma de pagamento escolhida neste formulário.	

Data:

Assinatura: