AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Autorizo o Banco do Brasil S. A. a debitar em minha conta corrente o valor correspondente à quitação dos compromissos abaixo relacionados, oriundos de lançamento gerado pelo aplicativo Débito Automático.

Comprometo-me desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o Banco do Brasil S. A. isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de saldo na data do vencimento.

Estou ciente que diante da impossibilidade de débito no vencimento por falta de saldo implicará em minha exclusão automática do plano de saúde.

É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS, INCLUINDO ASSINATURA

BANCO DO BRASIL

Agência: _____ Conta Corrente: _____

Nome do Titular da Conta: _____

RG.: _____CPF:_____

Telefone: _____ Celular: _____

Unidade Penal (UP):_____telefone da UP: _____

E-mail: _____

Endereço:_____Complemento:_____

Bairro: _____Cidade: _____CEP: _____

_____

Nome e Assinatura do Titular da Conta

_____,_____ de_____ de 20__

Código Identificador:

Creditar para:

Sindicato dos Agentes do Sistema Penitenciários do Paraná - SINDARSPEN

Agência: **1187-8** Conta Corrente: **56010-3**
Convênio; **42904**

Obs. Os valores a debitar serão compostos do valor fixo do plano de saúde mais a Coparticipação de 30% dos serviços utilizados mensalmente conforme contrato com a empresa UNIMED.

Obs.: Todos os campos acima devem ser preenchidos, corretamente.