

## 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: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura – Titular da conta

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Código Identificador:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Creditar para:

#### **Sindicato dos Agentes do Sistema Penitenciários do Paraná - SINDARSPEN**

Agência : **0352-2** Conta Corrente : **56010-3**

Convênio ; **42904**

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

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