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 lançamentos gerados 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 odontológico**.

BANCO DO BRASIL

Agência:_____ Conta Corrente: _____

Nome do Titular da Conta: _____

RG: _____ CPF: _____

Fone: _____ Unidade Penal: _____

E - mail_____

Endereço:_____

Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

_____

Assinatura – Titular da conta

_____ , _____ de _____ de 201_

Código Identificador:

Creditar para:

Sindicato dos Agentes Penitenciários do Paraná - SINDARSPEN

Agência: **1187-8** Conta Corrente: **56010-3**
Convênio: **53757**

Obs. Os valores a debitar serão compostos do valor fixo do plano odontológico, conforme o nº de beneficiários inclusos.