

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA

Autorizo a UNIMED BLUMENAU COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, encaminhar o débito automático ao Banco, e proceder com o débito junto à conta corrente, da titularidade abaixo indicada, dos títulos bancários referentes ao plano de assistência à saúde. Observações:

- Com o preenchimento deste termo, está autorizado a repassar informações financeiras, sobre o plano de saúde para o correntista, o qual ocorre o débito automático.
- Se em três meses consecutivos não ocorrer o débito automático na conta informada abaixo, o débito poderá ser automaticamente cancelado, e o vencimento voltará para o dia 10.
- O preenchimento de forma incorreta, impossibilitará que o débito ocorra mensalmente.
- Além desta autorização, verifique se é necessário autorizar o débito automático junto ao seu banco. Para o banco caixa, autorizar também junto ao banco com o código da carteirinha, sem o 1º Zero e sem os últimos 3 dígitos, conforme exemplo pessoa física: 0260000000000 e para pessoa jurídica Exemplo: 02600000.

Nome/Razão Social do titular do plano: _____

CPF/CNPJ do titular do plano: _____

PF - Código da carteirinha do titular: 026 _____

PJ - Código da empresa: 026 _____

INFORMAÇÕES FINANCEIRAS

Nome/Razão Social do correntista: _____

CPF/CNPJ do Correntista: _____

Banco:

() 033 - Santander	() 136 - Unicred ***
() 085 - Ailos *	() 341 - Itaú
() 104 - Caixa Econômica Federal **	() 001 - Banco do Brasil

* () Viacredi () Credcrea () Viacredi Alto Vale () Credifoz

** Tipo de conta: () 001 - Conta Corrente de Pessoa Física
() 013 - Poupança de Pessoa Física
() 003 - Conta Corrente de Pessoa Jurídica

*** Apenas agência 1201

Número da agência:

Número da conta:

Autorizo a Unimed Blumenau enviar meu título somente por e-mail

Sem mais, firmo a presente.

_____/_____/_____
Assinatura do correntista Data

Vencimento

() 10 Padrão
() 15
() 20

Cadastro efetuado por:

Devolver, assinado no e-mail unimed@unimedblumenau.com.br