



## FORMULÁRIO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

### AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

\*todos os campos são de preenchimento obrigatório

#### DADOS DO PLANO:

Nome completo e CPF do titular do plano de saúde:

Código do Plano: (ex: 0207.0000.000000-00)

Telefone/WhatsApp para contato:

#### DADOS BANCÁRIOS:

Nome completo / Razão Social do titular da conta:

CPF / CNPJ do titular da conta:

Tipo de conta:

 Corrente PF /  Corrente PJ /  Poupança

Banco:

<input type="checkbox"/> Banco do Brasil	<input type="checkbox"/> Itaú
<input type="checkbox"/> Bradesco	<input type="checkbox"/> Sicoob
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica	<input type="checkbox"/> Sicredi
<input type="checkbox"/> Civia	<input type="checkbox"/> Unicred

Agência:

Conta:

Dia vencimento:

 ( )10 / ( )15 / ( )20

Informamos que após o recebimento de sua solicitação, entraremos em contato através do telefone indicado acima, para confirmar a autorização do cadastro de débito.

### CONDIÇÕES

1. Autorizo o Banco acima mencionado a debitar em minha conta corrente o valor correspondente à quitação dos compromissos acima especificados.
2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o Banco acima isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de saldo na data do vencimento.
3. Em caso de dúvida ou reclamação, sobre as datas de vencimento ou valores, devo solicitar esclarecimentos juntamente à empresa credora.
4. Estou ciente de que o Banco acima se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviços mediante comunicação por escrito.

Este formulário devidamente preenchido e assinado, pode ser encaminhado para o e-mail [financeiro@upn.unimedsc.com.br](mailto:financeiro@upn.unimedsc.com.br), pelo WhatsApp (47)99790-2442, ou pode ser entregue diretamente na sede da Unimed.

Local e data

Assinatura