

Autorização para débito automático

Autorizo que os pagamentos das mensalidades do plano de saúde mencionado abaixo sejam debitados em minha conta corrente, conforme dados a seguir.

Titular do Plano de Saúde:

Nome: _____

CPF: _____ Data Nasc: ____/____/____

Operadora: _____ Entidade: _____

Titular da Conta Corrente:

Nome do Correntista: _____

Nome do Banco: _____ N° Banco: _____

Agência: _____ N° Conta Corrente: _____

CPF: _____ RG: _____

Bancos autorizados para débito:

237 - Bradesco

033 - Santander

399 - HSBC

341 - Itaú

409 - Unibanco

356 - Banco Real

001 - Banco do Brasil

104 - Caixa Econômica Federal

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Titular do Plano

Assinatura do Titular da Conta Corrente