



AUTORIZAÇÃO

DÉBITO EM CONTA CORRENTE NO BANCO DO BRASIL

Convênio 2732

Autorização nº (não preencher)_____

Autorizo o Sindicato dos Policiais Rodoviários Federais no Estado do Rio Grande do Sul – SINPRF/RS, a enviar mensalmente, para débito na minha conta corrente abaixo identificada, o valor das despesas referentes às faturas dos planos de saúde da UNIMED e ODONTO UNIMED sob minha titularidade

Declaro estar ciente de que o cancelamento do débito em conta corrente acarretará no cancelamento do meu plano de saúde e de meus dependentes.

Qualquer alteração em relação a presente autorização será comunicada por mim com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

Nome:_____.

Agência (número e nome)_____.

Conta Corrente nº:_____.

CPF:_____.

Telefone:_____

Whatsapp:_____

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do correntista