



AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA CORRENTE NO BANCO DO BRASIL

- 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 do convênio odontológico.
- Qualquer alteração em relação a presente autorização será comunicada por mim com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.
- Declaro estar ciente de que o cancelamento do débito em conta corrente acarretará no cancelamento do meu plano odontológico e de meus dependentes.

Titular do Convênio: _____.

Agência (número e nome): _____.

Conta Corrente nº: _____.

CPF: _____.

Telefone / WhatsApp: _____.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Titular