

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE

### Dados do titular do plano saúde/odontológico

Nome: \_\_\_\_\_

Código do cartão Unimed/Dental: \_\_\_\_\_ Associação: \_\_\_\_\_

### Dados do correntista

Autorizo a Campeã Administradora de Benefícios S.A. proceder à cobrança de acordo com o estabelecido na Proposta de Adesão, sendo que para a opção de cobrança via débito, indico a conta corrente de minha titularidade abaixo:

Banco: BANCO DO BRASIL (Cadastro Manual)

Código do banco: 001

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Agência código: \_\_\_\_\_ Conta corrente nº: \_\_\_\_\_

Identificador (CPF correntista): \_\_\_\_\_

Número do convênio: 26388 (Cadastro Manual)

Natureza do débito: Saúde

Curitiba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do correntista

\_\_\_\_\_  
Assinatura Titular do plano