

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: CAIXA ECONOMICA FEDERAL - CAIXA PROGRAMADO

Código do banco: 104

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Agência código: _____ Conta corrente: _____

Operação: _____ Identificador (CPF correntista): _____

Natureza do débito: Saúde

Número do convênio: 902431 - CAIXA PROGRAMADO

Curitiba, _____ de _____ de _____

Assinatura do correntista

Assinatura Titular do plano