

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM CONTA CORRENTE

EU, _____

C.P. F. _____ AUTORIZO A SERVBEM/ AASPB A PROCEDER
DESCONTO EM MINHA CONTA BANCÁRIA, DO VALOR CORRESPONDENTE À
MENSALIDADE DO PLANO DE SAUDE UNIMED ENQUANTO DURAR O CONTRATO DE
ASSISTÊNCIA MÉDICA. CONFORME ABAIXO:

VALOR MENSAL R\$ (_____)

(_____)
_____).

DATA DE VENCIMENTO:

() 1º DIA ÚTIL DO MÊS

Banco: _____

Agência: _____

C/C: _____

Ciente Associado

*OBS: DEVERÁ SER PREENCHIDO POR TITULARES QUE TENHAM CONTA CORRENTE NOS BANCOS: BRB;
UNIBANCO; CAIXA ECONOMICA. NÃO HÁ NECESSIDADE DE ENTREGAR NA AGENCIA.*