

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE

Data: ____/____/____

1. DADOS DO CLIENTE

1.1. Nome do Titular da Conta: _____

1.2. CPF do Titular da Conta: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

1.3. Nome do Beneficiário Titular: _____

1.4. CPF do Beneficiário Titular: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

1.5. Banco: Banco do Brasil Banco Real – AMN ANRO Unibanco

1.6. Código da agência: _____ Conta Corrente: _____

1.7. Telefones para contato: _____

2. AUTORIZAÇÃO

2.1. Autorizo conforme opção escolhida no item 1.5, debitar em minha conta corrente o valor correspondente à quitação dos compromissos, conforme condições gerais abaixo relacionadas.

2.2. Condições Gerais

I – Comprometo-me a provisionar e a manter em minha conta corrente indicada, saldo suficiente e disponível para suportar os débitos das contas, nas datas dos respectivos vencimentos, arcando com toda a responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de saldo na data do vencimento.

II – As liquidações serão efetuadas por ordem, conta e risco do Titular da Conta, podendo a ASL – ASSISTÊNCIA A SAÚDE tomar as devidas providências judiciais e extrajudiciais sempre que:

- A conta corrente não apresentar saldo disponível;
- O Titular da Conta deixar de ser correntista do banco;
- Existir litígio envolvendo o pagamento;
- A superveniência de normativo ou determinação das autoridades públicas que impeça ou restrinja a prestação de serviços da espécie;
- Encerramento da agência detentora da conta corrente, sem sua transferência para outra agência;
- O término, denúncia ou rescisão do contrato com a ASL – ASSISTÊNCIA A SAÚDE LTDA.

2.3. Eventual renegociação de parcelas em atraso serão debitadas na conta corrente do Titular da Conta sem necessidade de uma nova autorização para débito automático.

2.4. O Titular da Conta poderá rescindir a qualquer tempo a presente autorização de débito, mediante simples comunicação escrita à outra parte com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

2.5. O débito compensado em conta de terceiro a favor do beneficiário do plano de saúde, não exime o titular da conta das disposições previstas nos itens 2.1; 2.2 e incisos 2.3 e 2.4 do presente Termo de Autorização.

Recebimento_____
Assinatura do Titular da Conta_____
Nome:
Função:**OBS: ANEXAR CÓPIA DO CPF E RG DO TITULAR DA CONTA CORRENTE**