

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA CORRENTE

Extramed Administração e Serviços Médicos Ltda

Caixa Econômica Federal

Data ____/____/____

R\$ _____

*ESTE VALOR NÃO DEVE SER PREENCHIDO, POIS SERÁ DEBITADO O VALOR DA MENSALIDADE.

Código da Agência	Nome da agência	Operação	Número Conta/DV
Nome do cliente			CPF
Nome do Convenente	Código do Conv	Identificação do Cliente (14 zeros + CPF)	
Extramed Adm. e Serviços Médicos LTDA	154182 11 0001	00000000000000	

001-Pessoa Física /003 – Pessoa Jurídica /013 – Poupança Pessoa Física/022 – Poupança Jurídica/023 – Conta Salário

Importante: O débito será efetuado somente se houver saldo suficiente

Assinatura do titular da conta

Assinatura autorizada (Gerente Agência)

1) Da autorização

O banco acima determinado, fica a partir desta data autorizado a debitar em minha conta corrente, o valor informado pela **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, CNJP 01.747.987/0001-75**, para quitação do compromisso acima descrito, na data do seu respectivo vencimento, via sistema de débito automático.

2) Da provisão de saldo

- Comprometo-me a provisionar e manter em minha conta corrente acima indicada, saldo suficiente para suportar o débito relativo a conta cadastrada, na data do seu respectivo vencimento.
- Caso não haja fundo suficiente e/ou disponível na conta corrente informada, para pagamento total da conta cadastrada, o banco, a seu exclusivo critério, poderá efetuar os correspondentes pagamentos, mediante a efetivação dos débitos na conta corrente informada até montante ali suficiente e/ou disponível. Com relação ao valor complementado pela instituição bancária acima, este será considerado como concedido aos clientes a título de Adiantamento a Depositante e transferido para o sistema de MORA do banco.
- Os valores concedidos a títulos de Adiantamento a Depositante nos termos do item anterior, deverão ser por mim restituídos ao banco acrescidos de juros calculados as taxas divulgadas no quadro de tarifas afixadas nas agências do banco que serão contabilizadas da data de concessão do adiantamento até a efetiva restituição.

3) Do prazo de vigência

A presente autorização vigorará por prazo indeterminado, podendo entretanto ser cancelada a qualquer tempo, por ambas as partes.

4) Da confirmação de inclusão

Esta autorização será confirmada pela **EXTRAMED ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA** por meio de mensagem específica no envio de comunicação da mensalidade. O cliente, desde já, declara-se ciente de que enquanto não houver a confirmação fica obrigado a quitar a mensalidade através de boleto bancário.