



ANS - nº 41754-8

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Eu _____ inscrito (a) no
CPF sob o no. _____ AUTORIZO a CAIXA DE ASSISTÊNCIA OSWALDO
CRUZ - FIOSAUDE, CNPJ 03.033.006/001-53, a promover o débito dos valores referentes a
mensalidades e coparticipações referentes ao plano coletivo de saúde na conta corrente nº.
_____ agência nº _____ - ____ de minha titularidade junto ao BANCO DO BRASIL
S.A. (001).

DECLARO estar ciente que:

1. Devo manter na conta corrente de minha titularidade saldo suficiente para liquidação mensal dos débitos do plano coletivo de saúde.
2. Caso não haja saldo suficiente na data do débito para liquidação dos débitos, o pagamento será considerado em aberto e incidirão encargos financeiros (juros de mora e multa) incidentes sobre o saldo devedor do atraso, desde a data do vencimento até a data do efetivo pagamento.

_____, de _____ de _____
Local data mês ano

Assinatura do beneficiário titular