

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA CORRENTE

Prezado usuário,

Estamos disponibilizando o débito automático para sua maior comodidade.

CONTRATANTE/BENEFICIÁRIO: _____

PLANO: _____ CÓDIGO Nº: _____

VENCTO (DIA) _____ CPF: _____

Banco/Nº	Nº da Agência	Nº da Conta	Dígito

Instituições Financeiras conveniadas para débito em conta: **BANCO DO BRASIL, BANCO REAL, BANESE, BRADESCO, CAIXA ECONÔMICA FEDERAL e UNICRED/AJU.**Autorizo a **UNIMED SERGIPE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, CNPJ Nº 13.260.276/0001-22**, a encaminhar as Faturas do Contrato de Plano de Saúde por mim celebrado, para serem debitadas na conta-corrente identificada acima, estando o respectivo Banco igualmente autorizado a realizar o débito do valor cobrado através de boleto, duplicata, título ou documento que represente a dívida, na data do seu vencimento em cada mês.

Declaro estar ciente de que:

- I. A autorização de débito em conta somente será válida para Clientes cujos contratos tenham sido celebrados com a UNIMED SERGIPE;
- II. Devo manter na conta-corrente saldo suficiente para que o referido débito seja realizado na data prevista;
- III. Caso o débito não seja realizado incidirão sobre a mensalidade juros de mora, multa e demais encargos decorrentes do atraso, desde a data do vencimento da mensalidade até a data do efetivo pagamento;
- IV. Caso o débito não seja realizado, deverei procurar a Central de Atendimento da UNIMED SERGIPE para solicitar a segunda via da fatura/boleto;
- V. O atraso no pagamento da fatura autoriza a UNIMED SERGIPE a promover o protesto do título;
- VI. Atraso de pagamento de mensalidade superior a 60 dias, consecutivos ou não, durante o ano da vigência do seu contrato, acarretará o cancelamento do mesmo;

Aracaju, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO CONTRATANTE/AUTORIZADOR