



AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA

Eu, _____,
CPF: _____ autorizo que as mensalidades do plano de saúde vencíveis no dia 07 de cada mês, sejam debitadas pelo Sindicato dos Engenheiros no Estado do Rio Grande do Sul, diretamente na conta corrente que mantenho junto ao banco abaixo identificado, ciente de que os valores poderão variar na forma da regra contratual. Comprometo-me a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o banco especificado, bem como o SENGE-RS, isentos de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data do vencimento.

AUTORIZO O DÉBITO PARA OS SEGUINTE BENEFÍCIOS E SERVIÇOS:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PLANO DE SAÚDE | <input type="checkbox"/> UNIODONTO |
| <input type="checkbox"/> SOS AMBULÂNCIA | <input type="checkbox"/> ECCO SALVA |
| <input type="checkbox"/> CONTRIBUIÇÃO SOCIAL | |

Na seguinte conta bancária:

- | | | |
|--|-------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Banrisul | Agência nº: | Conta nº: |
| <input type="checkbox"/> Itaú/Unibanco | Agência nº: | Conta nº: |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil | Agência nº: | Conta nº: |

(ANEXAR COMPROVANTE DOS DADOS BANCÁRIOS. EX: CÓPIA DO CARTÃO, CABEÇALHO DO EXTRATO BANCÁRIO E/OU CÓPIA DO CHEQUE)

Data: / /

Assinatura