



ANS - nº 41754-8

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Eu _____

inscrito(a) no CPF sob o nº. _____ AUTORIZO a CAIXA DE ASSISTÊNCIA OSWALDO CRUZ – FIOSAUDE, CNPJ 03.033.006-0001-53, 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), sempre que não houver margem parcial ou total para efetivação do desconto consignado comandado pelo SIAPE.

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 na data de pagamento dos servidores da Fiocruz;
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