

Autorização de DÉBITO RECORRENTE EM CARTÃO DE CRÉDITO



BANDEIRA: VISA MASTERCARD OUTRA:

Nº DO CARTÃO:

NOME (COMO NO CARTÃO):

VALIDADE: / Cód. SEGURANÇA: CPF:

NATUREZA DÉB.: **PLANO DE SAÚDE** VENCIMENTO: 5 10 15 20 25 30

VALOR: VALOR POR EXTENSO:

NOME DA EMPRESA: **ORALE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA LTDA.** CNPJ: **03.990.914/0001-35**

TERMOS E CONDIÇÕES:

Autorizo a ORALE a debitar em meu Cartão de Crédito o valor correspondente à quitação dos compromissos acima especificados. Comprometo-me, desde já, a manter margem suficiente para o referido débito, declarando ciência de que a não liquidação do compromisso por insuficiência de limite na data do vencimento, não isenta a obrigação do pagamento. Em caso de dúvidas ou reclamação sobre datas de vencimento ou valores, devo solicitar esclarecimentos diretamente à empresa ORALE. Estou ciente que a Autorização de Débito pode ser cancelada por solicitação da ORALE ou por mim, nos canais disponibilizados pelo Banco ou na ORALE. Estou ciente que o cancelamento do débito automático não implica necessariamente no cancelamento do contrato com a ORALE.

Local e Data

Assinatura do titular do cartão

ANS nº: 41299-6

ORALE PLANOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA. AV. ANITA GARIBALDI, 1133, S.1204, ONDINA, SALVADOR/BA. | 0800 603 8002 | ORALE.COM.BR