

Autorização de
**DÉBITO AUTOMÁTICO
EM CONTA CORRENTE**



BANCO: BANCO DO BRASIL CAIXA OUTRO:

AGÊNCIA: (PREFIXO + DV) CONTA: (NÚMERO + DV) TIPO: CORRENTE POUPANÇA

NOME COMPLETO:

CPF: TEL. CONTATO:

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**

Nº CONVÊNIO (USO DO BANCO):

TERMOS E CONDIÇÕES:

Autorizo o BANCO a debitar em minha conta o valor correspondente à quitação dos compromissos acima especificados. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o banco isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do débito por insuficiência de saldo na data do vencimento. Estou ciente de que a não liquidação do compromisso por insuficiência de saldo não me isenta da obrigação do pagamento. Estou ciente de que, caso não conste, na conta de consumo, a expressão "Débito em conta - não receber no caixa", esta poderá ser quitada em qualquer terminal de atendimento do banco. Neste caso, devo procurar minha agência para esclarecimentos. Em caso de dúvidas ou reclamação sobre datas de vencimento ou valores, devo solicitar esclarecimentos diretamente à empresa ORALE. Estou ciente de que o banco reserva o direito de cancelar o débito automático, a qualquer tempo, mediante comunicação por escrito. Estou ciente de 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 de 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