



Caixa de Assistência à Saúde

Anexo I ao Contrato SISDEB com o Banco Itaú S.A. Termo de Autorização Permanente

1º Titular da Conta Corrente: _____ | CNPJ/CPF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Preenchimento dos dados dos demais titulares no caso de conta conjunta tipo "E" (não solidária)

2º Titular da Conta Corrente: _____ | CNPJ/CPF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

3º Titular da Conta Corrente: _____ | CNPJ/CPF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Conta corrente (de livre movimentação)

Nome da Agência	Agência Número	Conta Número	DAC
-----------------	----------------	--------------	-----

Autorizamos que sejam debitados na conta corrente do Banco Itaú S.A acima indicada, todos os valores relativos a dívidas contratuais junto a CABERJ - Caixa de Assistência a Saúde, de total mensal igual ou inferior a R\$ 2.000,00, através do contrato/matricula

Nº _____ em nome de _____

Dia do Débito:

() 01 () 03 () 05 () 07 () 09 () 10 () 25 (do mês anterior ao mês do vencimento)

Por força desta autorização, comprometemo-nos a manter saldo suficiente na conta corrente para acolher os referidos débitos.

Local e data _____

1º Titular da Conta Corrente _____

2º Titular da Conta Corrente _____

3º Titular da Conta Corrente _____