



Santa Maria, _____ de _____ de 2020

Ilmo. Sr.
Prof. Paulo Roberto Magnago
Presidente da APUSM
SANTA MARIA / RS

Prezado(a) Senhor(a)

Pelo presente, **AUTORIZO a ASSOCIAÇÃO DOS PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DE SANTA MARIA (APUSM)** e o **BANCO** _____, realizar o(s) débito(s) na () **CONTA CORRENTE** ou () **CONTA POUPANÇA: AGÊNCIA Nº** _____ **CONTA Nº** _____ no segundo dia útil de cada mês para Santander, CEF e BB, e dia 06 para os bancos Banrisul, Bradesco e Sicredi.

O pagamento da mensalidade do convênio deverá ser realizado através de débito na conta corrente acima indicada e caso o associado mude de Banco, Conta Corrente ou Agência, fica desde já autorizado á APUSM promover o débito na nova conta.

Em caso de atraso nos pagamentos por um período superior a 60 (sessenta) dias, os convênios e serviços objetos da presente autorização, poderão ser automaticamente suspensos, até que o pagamento seja regularizado, sem prejuízo da cobrança desses valores, e sem qualquer obrigação da APUSM.

Na hipótese dos valores dos convênios e serviços permanecerem em atraso pelo período superior a 60 (sessenta) dias, me declaro ciente de que fica autorizado o exercício de direito acessório de credor, assim entendido o apontamento de meu nome em órgão restritivos de crédito (SERASA e SCPC), tais quais cadastros privados e/ou, ainda, Cartórios de protesto, bem como iniciado processo de cobrança judicial.

Estou ciente de que as consultas e exames realizados fora da Região de Santa Maria geram faturas a serem debitadas em minha conta, e todos os atendimentos realizados em Porto Alegre/RS e grande Porto Alegre/RS, Florianópolis/SC e Curitiba/PR tem coparticipação de **10% do total de todo o procedimento realizado, inclusive em hospitais.**

ASSINATURA: _____

NOME: _____

DEPARTAMENTO: _____

CPF: _____

FONES: _____

E-MAIL: _____

OBS.: se a autorização for para o BB, deve enviar também cópia do cartão onde aparece o número (frente), e autorizar no banco.