

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

PROFESSOR	FUNCIONÁRIO	PENSIONISTA	PROFESSOR APOSENTADO	FUNCIONÁRIO APOSENTADO

Santa Maria, ____ de _____ de 20__

Ilmo. Sr.
Prof. Luiz Fernando Sangoi
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** _____ que se efetuará no segundo dia útil mensalmente nos bancos BB, CEF ou SANTANDER e dia 06 nos bancos Banrisul, Bradesco e Sicredi.

Os pagamentos dos convênios **CONTRATADOS ASSINALADOS NO VERSO**, deverão ser realizados através de **DÉBITO EM CONTA** na conta corrente acima indicada.

Para os bancos BB, CEF, Santander ou Bradesco, o primeiro débito a ser efetuado, deverá ser autorizado também junto ao banco nos caixas eletrônicos ou nos aplicativos, após ser contatado pelo setor de cobrança da APUSM.

Caso houver troca de domicílio bancário, a alteração deverá ser informada à APUSM de imediato, sendo necessário o preenchimento de uma nova autorização de débito.

Em caso de atraso nos pagamentos por um período superior a **30 (trinta)** 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 assim como o **CANCELAMENTO DOS CONVÊNIOS CONTRATADOS**.

NOME

CPF

CONTATOS

EMAIL

ASSINATURA

OBS.: se a autorização for para o BB, deve enviar, também, cópia do cartão onde aparece o número (frente).

CONVÊNIOS AUTORIZADOS



Adesão ao Plano de Saúde

SIM **NÃO**

Titular Associado dependente

Dependente



Adesão ao Seguro de Vida

SIM **NÃO**

Titular Associado dependente

Dependente



Adesão à Academia

SIM **NÃO**

Titular Associado dependente

Dependente



Agafarma

Solicitação do Cartão Agafarma

SIM **NÃO**



CONTRIBUIÇÃO ENTIDADES

- Teatro Treze de Maio
- Orquestra
- AFQSM Associação dos Farmacêuticos e Químicos de Santa Maria
- SEASM Sociedade de Engenharia e Arquitetura de Santa Maria

- Lar de Mirian
- Sociedade Espírita Estudo e Caridade
- Pacto Programa de Auxílio Comunitário ao Toxicômano