**CAIXA - AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA CORRENTE**

Natureza do débito assim discriminados: Mensalidade do Plano de Saúde UNIMED-SÃO JOÃO DEL REI, MAXIMUS CARD (Supermercado SALES), Contribuições para Instituições Filantrópicas, Fundo de Greve e mensalidade de 1% sobre a remuneração, constituída de (Vencimento básico + Retribuição por Titulação) do sindicalizado a favor da ADUFSJ – SEÇÃO SINDICAL DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI. Endereço: Praça Frei Orlando, 170 Centro São João Del Rei – MG CEP: 36307-352 E-mail: [adufsj@ufsj.edu.br](mailto:adufsj@ufsj.edu.br) Telefone: 32 3379 5937. CNPJ: 212735520001-43

Dados Bancários da ADUFSJ: AGENCIA: 0151 CONTA CORRENTE: 500991-6

**CÓDIGO CONVÊNIO 517300**

Cód. Identificador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agência Bancária: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Conta Corrente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Correntista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA CORRENTE**

* Autorizo (amos) a CAIXA a efetuar em minha (nossa) conta de depósito o débito relativo aos encargos discriminados acima em seu respectivo vencimento.
* Comprometo-me (emo-nos) desde já a manter saldo suficiente para a finalidade, na data do pagamento da UFSJ, ficando isento esse Banco de qualquer responsabilidade – multas/ acréscimos decorrentes pela não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data do vencimento ou por indicação incorreta deste.
* Havendo ocorrência de saldo devedor ou excesso na conta de depósitos o banco poderá a seu critério tornar sem efeito a presente autorização.
* Estou (amos) ciente (s) de que a presente autorização não surtirá efeito imediato, tendo em vista que as alterações junto a concessionária exigem um mínimo de 30 dias para se efetivarem, a contar da comunicação, bem como de que qualquer autorização ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias.
* Declaro-me (amo-nos) também ciente (s) da responsabilidade de estorno de qualquer valor debitado e por mim autorizado em caso de dúvida / reclamação devo (emos) solicitar esclarecimentos junto a concessionária.
* Ao Banco se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviço mediante comunicação por carta.

Declaro estar ciente que o cancelamento dessa autorização só poderá ser efetivado com **o “DE ACORDO” da ADUFSJ – SEÇÃO SINDICAL DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI.**

São João Del Rei, \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(s) debitado(s)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto – ADUFSJ-SSIND Visto CAIXA