



Associação dos Exatores do Estado de Minas Gerais

---

### **AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do MASP.: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_ autorizo à ASSEMINAS a debitar mensalmente em minha conta corrente de nº \_\_\_\_\_, agência \_\_\_\_\_, banco \_\_\_\_\_, os valores referentes às mensalidades do Plano de Saúde, incluindo os valores da co-participação, próprios e de meus dependentes.

Belo Horizonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Associado(a)