



**BANCO DO BRASIL S.A.**

**AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA CORRENTE**

**CONVÊNIO Nº. 43139**  
**Valor da Contribuição Social R\$20,00**

Nome: \_\_\_\_\_

Agência (prefixo/dv) \_\_\_\_\_ Nº. da conta/dv \_\_\_\_\_

Fone: (    ) \_\_\_\_\_ Identificador C.P.F. \_\_\_\_\_

Favorecido: Sindicato dos Médicos do Estado do Maranhão Ag: 1613-6 / C/C: 30493-X

Natureza do débito: **Contribuição mensal associativa**, cujo valor foi aprovado em assembléia geral.

Condições gerais:

1. Autorizo o Banco do Brasil S.A. a debitar, mensalmente, em minha conta corrente, o valor para quitar o compromisso especificado.
2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o Banco do Brasil S.A. isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data do vencimento, ou por indicação incorreta deste.
3. Estou ciente de que, caso não conste na conta de consumo a expressão “Débito em conta – não receber no caixa” esta deverá ser quitada diretamente junto a uma agência autorizada ao seu recebimento.
4. Em caso de dúvida ou reclamação sobre datas de vencimentos e/ou valores, devo solicitar esclarecimentos diretamente junto à empresa credora.
5. Tendo em vista que as alterações junto às empresas credoras exigem um mínimo de 30 dias para se efetivarem, qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias.
6. Ao Banco do Brasil S.A. se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar o presente prestação de serviço, mediante comunicação por escrito.

\_\_\_\_\_  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura