

DADOS DO TITULAR					
NOME				MATRÍCULA	
UNIDADE	NOME DA MÃE				
ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA			Nº	COMPLEMENTO (BL, APTO, ETC)	
BAIRRO	MUNICÍPIO	ESTADO	CEP	TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE CELULAR

Autorizo, por meio deste, a APUB SAÚDE – Associação dos Professores Universitários da Bahia a proceder, junto ao Banco \_\_\_\_\_, a partir de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ débito em minha Conta Corrente de nº \_\_\_\_\_ da Agência nº \_\_\_\_\_, referente ao Plano de Assistência Médico Hospitalar da Apub Saúde, nos termos e condições a seguir descritas:

- I. Valor referente a mensalidade do titular e dependentes;
- II. Taxa de inscrição ao plano, no valor de \_\_\_\_\_ da mensalidade, a ser cobrada uma única vez;
- III. Eventuais taxas extras;
- IV. Valores referentes a coparticipação.

Estou ciente de que a ausência de pagamento por 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implica em cancelamento automático do plano.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**ANS – nº 34312-9**

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO TITULAR OU RESPONSÁVEL LEGAL