

AUTORIZAÇÃO / ALTERAÇÃO DE CONTA CORRENTE PARA CRÉDITO DE REEMBOLSO



Para efeito de eventuais reembolsos de despesas médico-hospitalares-laboratoriais, minhas e de meus dependentes, conforme previsto em contrato, na minha condição de Beneficiário Titular, declaro para todos os fins e efeitos de direito que:

1. AUTORIZO a Omint Serviços de Saúde Ltda. a efetuar depósitos na minha conta corrente indicada;
2. RESPONSABILIZO-ME pelos dados contidos neste instrumento, preenchidos por mim de próprio punho.

Titular	
Banco (nome)	Número do Banco
Local da Agência	Número da Agência
Endereço da Agência	
Número da Conta Corrente	Dígito Verificador
Telefone do titular	CPF (Conta Corrente)

Esta autorização substitui a anteriormente preenchida:

() Sim. () Não, pois é a primeira vez que preencho tal autorização.

Local e Data: _____ / ____ / ____	Assinatura do Titular _____
--	------------------------------------

Este formulário original deverá ser encaminhado à Omint pelo fax (11) 2132.4288, pelo correio ou pessoalmente, aos cuidados do Departamento de Cadastro - Rua Franz Schubert, 33 - CEP 01454 020 - Jd. Paulistano - São Paulo/SP.