

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO PARA TERCEIROS

Pelo presente documento eu,,
portador do documento de identidade nº, inscrito no
CPF nº, e cadastrado no programa Cirurgia
Segura, autorizo a ANADEM S.A., inscrita no CNPJ nº 03.432.472/001-01, a
realizar o depósito, do pagamento do reembolso, calculado no valor de
R\$_____, referente a adesão nº, em conta de terceiros
(pessoa física ou jurídica), conforme os dados abaixo:

TITULAR DA CONTA	
CPF/CNPJ DO TITULAR	
RG DO TITULAR	
TELEFONE DE CONTATO	
E-MAIL	
BANCO	
AGÊNCIA	
Nº DA CONTA	
TIPO DA CONTA (CORRENTE OU POUPANÇA)	

OBSERVAÇÃO: O pagamento do reembolso do contratante está condicionado ao preenchimento correto e legível de todos os campos do formulário, além de cópias dos documentos de identidade, com foto, tanto do favorecido quanto do titular.

O prazo para pagamento é de até 5 dias úteis, sendo o mesmo sujeito a análise administrativa.

CONTRATANTE

Nome: _____

CPF: _____