

Grau de sigilo #PÚBLICO

Identificação do Empregado

Nome	Matricula	CPF
Endereço residencial (Av/ Rua/ Al/ Travessa)	Complemento	Número
Bairro	Município	Estado
Ag/Op/Conta		

- Autorizo a CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, adiante denominada simplesmente CAIXA ou CREDORA, empresa pública criada pelo Decreto-Lei nº 759, de 12/08/1969, com Estatuto aprovado pelo Decreto nº 6.473, de 05/06/2008, com sede em Brasília-DF, inscrita no CNPJ sob nº 00360305/0001-04, a debitar na conta acima informada ou em qualquer conta de minha titularidade na CAIXA valores oriundos de Mensalidade e Participação do Saúde Caixa.
- Concordo em manter saldo disponível suficiente na conta de depósito na CAIXA para o pagamento decorrente de Mensalidades e Participação do Saúde Caixa.
- Concordo com a obrigação de comunicar qualquer alteração nas características da conta de depósito indicada para a finalidade do débito mensal.
- Declaro que estou ciente e concordo com as regras do Saúde Caixa estabelecidas no MN RH222.

Local/Data _____, _____ de _____ de _____

Titular ou responsável pela pensão – nome e assinatura

Testemunha – nome e assinatura

Testemunha – nome e assinatura