

Autorização para o Contratante SOLICITAR o DÉBITO AUTOMÁTICO em conta corrente

Nº. de identificação para Débito Automático 10010000180001455934		Bancos autorizados pela Unimed a aceitar débito automático Bradesco, Caixa, Santander, Sicoob	
Autorizo o Débito Automático na Conta Corrente abaixo especificada, dos valores por mim devidos em razão do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência à Saúde Suplementar, prestado pela UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO, conforme o número de identificação para o Débito Automático impresso acima. Comprometo-me a manter saldo suficiente e disponível na citada conta corrente para quitação do débito dos referidos valores na data do recebimento.			
Nome	Banco	Agência	
Conta Corrente	CPF/CNPJ	Data	Assinatura



UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO
 CNPJ: 02.476.067/0001-22 INSC:
 PRACA GILSON ALVES DE SOUZA, 650 - Q 32 L 8E-SETOR BUENO
 Goiânia CEP: 74210-250



Recibo do Pagador

Pagador 0064.8000.145593-00 EVELLYN CHRISTINE T NEVES	Número do Documento 25433383	Vencimento 15/11/2025
---	--	---------------------------------

Nr. Guia	Data	Prestador	Serviço	Qtd	Valor
Total Despesas Médicas					0,00

Informações conforme IN/DIPRO n. 19 de 03/04/2009 e RN 362 de 04/12/2014

Beneficiário	Adesão	Plano	Mensalid.	Srv.	Adic	Tx.	Insc	Mult/Juro	2ªVia	Cartão	Acrésc./Desc.
EVELLYN CHRISTINE T	01/06/19	465787110	574.03	14.11	0.00	0.00	0.00	0.00			0.00

Conforme Lei Nº. 12.741/12, os percentuais de tributos incidentes são 9,65%:

- COFINS: 4% Conforme LEI 9.718/98 (plano de saúde);
- PIS: 0,65% Conforme LEI 9.718/98 (plano de saúde);
- ISS: 5% Conforme Decreto 3.137/11 (plano de saúde) Base red. LEI COMP. 211/2011.

0064.8000.145593-00 EVELLYN CHRISTINE T MENSALIDADE	- Período:01/11/2025 à 30/11/2025 - R\$	574.03
0064.8000.145593-00 EVELLYN CHRISTINE T SOS - UTI MOVEL TER	- Período:01/11/2025 à 30/11/2025 - R\$	9.31
0064.8000.145593-00 EVELLYN CHRISTINE T TAM - UTI MOVEL AER	- Período:01/11/2025 à 30/11/2025 - R\$	4.80

Mensalidade somente será considerada quitada, após devida compensação.

ANS - nº 382876

Nosso Número 44730152	Espécie R\$	Quantidade	Valor do Documento 588,14	Espécie Doc. RC	Agência/Código Beneficiário 5004/003448-7
---------------------------------	-----------------------	------------	-------------------------------------	---------------------------	---

Sacador/Avalista

Autenticação Mecânica

CORTE AQUI



Local de Pagamento PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					202511	Vencimento 15/11/2025
Beneficiário UNIMED GOIANIA COOPERATIVA DE TRABALHO ME					Agência/Código Beneficiário 5004/003448-7	
Data do Documento 08/10/2025	Número do Documento 25433383	Espécie Documento RC	Aceite N	Data de Processamento 08/10/2025	Nosso Número 44730152	
Uso do Banco	Carteira 1	Espécie R\$	Quantidade	x Valor	= Valor do Documento 588,14	

INSTRUÇÕES: JUROS DE 0,0333% AO DIA E MULTA DE 2% APOS O VENCIMENTO ATÉ 59 DIAS DO VENCIMENTO PAGAR EM QUALQUER BANCO A PARTIR DE 60 DIAS DO VENCIMENTO SOMENTE NA UNIMED PÇA GILSON ALVES DE SOUZA N650 (T7 COM T1) ST BUENO GOIÂNIA-GO CEP:74210250	(-) Desconto/Abatimento
	(-) Outras Deduções
	(+) Mora/Multa
	(+) Outros Acréscimos
	(=) Valor Cobrado

PAGADOR: EVELLYN CHRISTINE TOLEDO NEVES	CNPJ/CPF: 352.641.788-10	INSC:
AVENIDA PRESIDENTE ROOSEVELT, S/N-VILA SÃO SEBASTIÃO	Q 69 L 3	
75262-361 Senador Canedo	GO	
Sacador/Avalista:		

ANS - nº 382876



Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação