

REQUERIMENTO DE MODALIDADE DE COBRANÇA

<input type="checkbox"/> Folha para Boleto <input type="checkbox"/> Boleto para Folha <input type="checkbox"/> Inclusão em Boleto	Data da Solicitação: ____ / ____ / ____
---	---

DADOS DO TITULAR DO PLANO

Titular:	CPF:		
Endereço:	Nº	Bairro:	
Complemento:	Cidade / UF:		CEP:
Telefone / Celular:	E-mail:		

DADOS DO DEPENDENTE PARA BOLETO

Nome:	CPF:
1.	
2.	
3.	
4.	

DADOS DO CONTRATANTE DO BOLETO – Pessoa Nominal do boleto

Nome:	CPF:		
RG:	Órgão Emissor / UF:	Data de Emissão:	
Filiação:	Data de Nascimento:		
Endereço:	Nº	Bairro:	
Complemento:	Cidade / UF:		CEP:
Telefone / Celular:	E-mail:		

As partes abaixo assinadas vêm por meio deste instrumento autorizar à CAFAZ, em conformidade com a Resolução Nº 025/2024, a emitir via boleto bancário, o valor da(s) mensalidade(s) e demais cobranças de outros serviços de seu(s) dependente(s) identificados neste documento. Ficam cientes o Responsável Financeiro e o Titular que não sendo cumprido o pagamento, nos prazos definidos pela Lei nº 9656/98, a cobrança retornará para a modalidade de desconto em Folha de Pagamento do Titular.

Assinatura do Titular

Assinatura do Contratante do Boleto