

# AUTORIZAÇÃO NO CARTÃO DE CRÉDITO

Se você tem um plano da Dental Uni é porque gosta de tranquilidade e segurança. Então, nada mais certo que autorizar o débito de sua fatura diretamente no cartão de crédito. O lançamento será efetuado na data do vencimento escolhido em sua proposta de adesão, e você não corre o risco de ficar um só dia sem a cobertura do seu plano da Dental Uni.

Preencha este formulário e entregue-o em qualquer Central de Relacionamento com o Beneficiário Dental Uni.

## AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO NO CARTÃO DE CRÉDITO

VISA     MASTERCARD     ELO

Nome legível do titular do plano		CPF
<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>
Endereço		CEP
<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>
Nº do cartão Dental Uni	Telefone residencial	Telefone celular
<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>
E-mail do titular do plano		
<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Nome legível do titular do cartão de crédito (igual está no cartão)		CPF/CNPJ
<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>
Nº do cartão	Validade do cartão	Código de segurança
<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>
E-mail do titular do cartão de crédito		Telefone residencial
<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>		<input style="width: 100%; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>
Data		
<input style="width: 33.33%; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 33.33%; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 33.33%; height: 1.2em; border: 1px solid black;" type="text"/>		

Autorizo o débito em meu cartão de crédito acima especificado, das mensalidades devidas em razão do contrato de prestação de serviços de assistência odontológica celebrado com a Dental, bem como dos valores devidos em razão da prestação de serviços odontológicos coparticipativos, conforme definidas em contrato.

Asseguro a veracidade das informações acima e comprometo-me a manter limite suficiente e disponível no cartão de crédito para suportar o débito das mensalidades e dos valores devidos, nas datas de seus vencimentos, bem como informar a Dental Uni de qualquer mudança no número do cartão e validade. Em falta de limite, estou ciente que os títulos são passíveis de reapresentação e/ou passíveis de cobrança em casos que não ocorreram o débito.

Central de atendimento: **4007-2400 / 0800 643 4300**  
Consulte nossas unidades administrativas no site: [www.dentaluni.com.br](http://www.dentaluni.com.br)

Assinatura do titular da conta corrente

Assinatura do titular do plano