



AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITOS DE AGREGADOS/SEGURADOS ESPECIAIS

Autorizo (amos) o **IMAS** – Instituto de Assistência à Saúde e Social dos Servidores Municipais de Goiânia, a efetuar os débitos dos meus agregados/segurado especial na conta corrente abaixo:

Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____

Servidor: _____

Matrícula: _____ Contrato: _____ Quantidade agregados: _____

NOME: _____ CPF _____

Obs.: Para adesão ao Plano de Saúde do Imas, todos os dependentes e agregados de 14 anos acima, deverá possuir C.P.F - Cadastro de Pessoa Física, conforme exigência da Instrução Normativa da Receita Federal nº 1.596/2015.

Goiânia, ____/____/____

Assinatura do Titular

