**AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO VIA DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE**

**CNPJ:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Telefones: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome / Razão Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Pelo presente solicitamos e autorizamos o HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE a creditar os valores correspondentes a Títulos e Notas Fiscais/Faturas emitidos em razão do fornecimento de bens e/ou serviços conforme dados informados abaixo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| BANCO  (Nome e número) | AGÊNCIA | CONTA |  |
|  |  |  | <- PREFERENCIAL |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Declaramos, para os devidos fins de direito, que os comprovantes dos depósitos bancários efetuados, na forma solicitada e autorizada, constituir-se-ão em prova de plena, geral e irretratável quitação, ficando dispensada a emissão de documento de quitação.

Este documento vigorará a partir da data da assinatura, permanecendo eficaz até que seja expressamente revogado, hipótese em que se fará comunicação formal por escrito e firmada por pessoa com poderes para tanto com antecedência mínima de 10 (dez) dias úteis.

O signatário declara, por fim, possuir plenos poderes de representação e capacidade para firmar o presente documento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME, CARGO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL LEGAL.