



## HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO – PAPANDUVA – SC

### AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Eu \_\_\_\_\_,  
titular da Unidade Consumidora de Água do SAMAE - nº \_\_\_\_\_, autorizo o débito  
do valor especificado abaixo, mensalmente, a partir do mês \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ para ser  
repassado à Associação Hospitalar e Maternidade São Sebastião, conforme disposto nesta Lei  
Municipal nº 1979, de 21 de junho de 2013.

VALOR (ASSINALAR)	DATA	ASSINATURA
R\$ 5,00 ( )	____/____/____	
R\$ 10,00 ( )	____/____/____	
R\$ 20,00 ( )	____/____/____	
R\$ 30,00 ( )	____/____/____	
R\$ 40,00 ( )	____/____/____	
R\$ 50,00 ( )	____/____/____	

**Obs: á partir de R\$ 40,00, considerado sócio efetivo.**