

## ALTERAÇÃO DE DATA OU FORMA DE PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO E/OU SEGURO E/OU MUDANÇA DE AGÊNCIA E CONTA CORRENTE PARA DÉBITO

### ASSOCIADO

NOME														

MATRÍCULA CASSEB	IDENTIDADE	TELEFONE

PLANO														

### OPÇÕES

Solicito à CASSEB que seja alterada a forma de pagamento da contribuição e/ou seguro, ou ainda a data de pagamento e/ou agência e conta corrente, do banco conveniado, conforme a opção abaixo indicada:

CONTRIBUIÇÃO				SEGURO															
BOLETO BANCÁRIO		DÉBITO EM CONTA		BOLETO BANCÁRIO		DÉBITO EM CONTA													
	10		30		10		25		30		10		30		10		25		30
AGENCIA					CONTA CORRENTE														

Salvador, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Associado(a)

Data da Alteração, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Funcionário da Casseb