

**AUTORIZAÇÃO DE FATURAMENTO DE PROCEDIMENTOS EM CUSTO
OPERACIONAL E OU CO-PARTICIPAÇÃO VIA AEMFLO**

A empresa _____, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob nº _____, com sede na _____ nº _____, bairro _____, _____ (SC), neste ato por seu representante legal Sr. (a) _____, ao final assinado, autoriza que as despesas referentes a procedimentos em Custo Operacional e ou Co-participação do Usuário inscrito no plano UNIMED / AEMFLO Sr. (a)

sejam realizados diretamente contra a **Empresa Associada** que ficará responsável pelo pagamento à AEMFLO – ASSOCIAÇÃO EMPRESARIAL METROPOLITANA DA GRANDE FLORIANÓLIS.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável Legal da Empresa.
Carimbo da Empresa - Preferencialmente do CNPJ

