



## AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

**SOLIDARIEDÁGUA - Cobrança de contribuições voluntárias nas contas de água/esgoto da COPASA**

Eu, \_\_\_\_\_,  
C P F / C N P J \_\_\_\_\_, abaixo assinado, residente à  
Av./Rua \_\_\_\_\_,  
nº \_\_\_\_\_ complemento \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_,  
cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ telefone ( ) \_\_\_\_\_,  
autorizo, espontaneamente, à C O P A S A M G – Companhia de Saneamento  
de Minas Gerais, a debitar em minha Nota Fiscal/Fatura de Serviços,  
matrícula nº \_\_\_\_\_ a importância de R\$ \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_), referente a contribuição voluntária, de  
acordo com o seguinte plano de pagamento:

- em parcelas mensais ininterruptas  
 em \_\_\_\_\_ parcelas mensais

a favor da entidade denominada HOSPITAL DE ITAMARANDIBA

\_\_\_\_\_  
CNPJ/Insc.Est. 21.153.960/0001-61 com sede à RUA SANTA LUZIA, 40  
CENTRO - ITAMARANDIBA/MG, ficando

esclarecido que esta autorização terá força, vigor e validade a partir desta  
data e somente será cancelada com prévia comunicação, aqui autorizada, por  
escrito, com 30 dias de antecedência.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura

