



IRMANDADE DO HOSPITAL
DA SANTA CASA
DE POÇOS DE CALDAS

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, inscrito(a) no CPF/CNPJ sob o nº _____, telefone () _____, residente e domiciliado(a) na _____, nº _____, bairro _____, em Poços de Caldas, autorizo o débito em minha fatura de energia elétrica referente a Unidade Consumidora nº _____, junto a concessionária DME Distribuição S/A - DMED, do valor mensal de R\$ _____ (_____), em conformidade com o art. 331 da Resolução Normativa ANEEL nº 1.000, de 7 de dezembro de 2021, como doação para a Irmandade do Hospital Santa Casa de Poços de Caldas.

Declaro estar ciente de que posso solicitar o cancelamento da doação a qualquer momento junto ao DMED, através do número 0800 035 0196, e que são autênticas as informações constantes nesta autorização.

Poços de Caldas, _____ de _____ de _____ .

(assinatura)