TERMO DE ADESÃO

( )Plano GEAPSaúde II Registro ANS n°458.004/08-4	( )Plano GEAP-Referência Registro ANS n° 455.830/07-8	( )Plano GEAPEssencial Registro ANS n° 455.835/07-9	( )Plano GEAPClássico Registro ANS n° 456.093/07-1
( )Plano GEAP Saúde Vida Registro ANS n°473.881/15-1	( )Plano GEAP Referência Vida Registro ANS n°473.880/15-2		

Inscrição:
(uso da GEAP)

1. DO TITULAR

Nome		Data de Nasc. / /	
Nome da mãe			
RG nº	Órgão expedidor	Data de Emissão / /	
CPF	Sexo:	Masc. ☐	Fem. ☐	PIS/PASEP
CNS	Estado Civil	Declaração de nascido vivo nº	
Endereço			
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )	
E-mail			
Banco	Agência	Nº Conta Corrente	
Raça: Amarelo(a) ☐ Branco(a) ☐ Indígena ☐ Pardo(a) ☐ Preto(a) ☐			
Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Autoriza o envio de SMS? ( ) Sim ( ) Não		Autoriza o envio de e-mail marketing? ( ) Sim ( ) Não	

2. DADOS FUNCIONAIS DO TITULAR

Patrocinadora/Conveniada		Matrícula SIAPE
Data de Admissão / /	Lotação	Unidade Pagadora
Situação ATIVO ☐ APOSENTADO ☐ CARGO EM COMISSÃO ☐ REQUISITADO ☐ CEDIDO ☐ PENSIONISTA ☐		
Remuneração		Ref. Mês/Ano /
Cargo		

TERMO DE ADESÃO

3. DEPENDENTES

(*) Preenchimento obrigatório, com dados próprios do beneficiário.
(**) Preenchimento para nascido a partir de 01/01/2010.

( )Plano GEAPSaúde II Registro ANS n°458.004/08-4	**( )Plano GEAP-Referência** Registro ANS n° 455.830/07-8	**( )Plano GEAPEssencial** Registro ANS n° 455.835/07-9	**( )Plano GEAPClássico** Registro ANS n° 456.093/07-1
( )Plano GEAP Saúde Vida Registro ANS n°473.881/15-1	**( )Plano GEAP Referência Vida** Registro ANS n°473.880/15-2		

Seq.	Vínculo	Nome	
Data de Nasc. / /		Nome da mãe	
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐	Situação Normal ☐ Inválido ☐
Raça: Amarelo(a) ☐ Branco(a) ☐ Indígena ☐ Pardo(a) ☐ Preto(a) ☐			
Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular ☐
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )	
E-mail			

( )Plano GEAPSaúde II Registro ANS n°458.004/08-4	**( )Plano GEAP-Referência** Registro ANS n° 455.830/07-8	**( )Plano GEAPEssencial** Registro ANS n° 455.835/07-9	**( )Plano GEAPClássico** Registro ANS n° 456.093/07-1
( )Plano GEAP Saúde Vida Registro ANS n°473.881/15-1	**( )Plano GEAP Referência Vida** Registro ANS n°473.880/15-2		

Seq.	Vínculo	Nome	
Data de Nasc. / /		Nome da mãe	
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐	Situação Normal ☐ Inválido ☐
Raça: Amarelo(a) ☐ Branco(a) ☐ Indígena ☐ Pardo(a) ☐ Preto(a) ☐			
Possui deficiência física ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular ☐
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )	
E-mail			

TERMO DE ADESÃO

( )Plano GEAPSaúde II
Registro ANS n°458.004/08-4

( )Plano GEAP-Referência
Registro ANS n° 455.830/07-8

( )Plano GEAPEssencial
Registro ANS n° 455.835/07-9

( )Plano GEAPClássico
Registro ANS n° 456.093/07-1

( )Plano GEAP Saúde Vida
Registro ANS n°473.881/15-1

( )Plano GEAP Referência Vida
Registro ANS n°473.880/15-2

Seq.	Vínculo	Nome	
Data de Nasc. / /		Nome da mãe	
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐	Situação Normal ☐ Inválido ☐
Raça: Amarelo(a) ☐ Branco(a) ☐ Indígena ☐ Pardo(a) ☐ Preto(a) ☐			
Possui deficiência física ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular ☐
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )	
E-mail			

( )Plano GEAPSaúde II
Registro ANS n°458.004/08-4

( )Plano GEAP-Referência
Registro ANS n° 455.830/07-8

( )Plano GEAPEssencial
Registro ANS n° 455.835/07-9

( )Plano GEAPClássico
Registro ANS n° 456.093/07-1

( )Plano GEAP Saúde Vida
Registro ANS n°473.881/15-1

( )Plano GEAP Referência Vida
Registro ANS n°473.880/15-2

Seq.	Vínculo	Nome	
Data de Nasc. / /		Nome da mãe	
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐	Situação Normal ☐ Inválido ☐
Raça: Amarelo(a) ☐ Branco(a) ☐ Indígena ☐ Pardo(a) ☐ Preto(a) ☐			
Possui deficiência física ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular ☐
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )	
E-mail			

TERMO DE ADESÃO

( )Plano GEAPSaúde II Registro ANS n°458.004/08-4	( )Plano GEAP-Referência Registro ANS n° 455.830/07-8	( )Plano GEAPEssencial Registro ANS n° 455.835/07-9	( )Plano GEAPClássico Registro ANS n° 456.093/07-1
( )Plano GEAP Saúde Vida Registro ANS n°473.881/15-1	( )Plano GEAP Referência Vida Registro ANS n°473.880/15-2		

Seq.	Vínculo	Nome	
Data de Nasc. / /		Nome da mãe	
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐	Situação Normal ☐ Inválido ☐
Raça Amarelo(a) ☐ Branco(a) ☐ Indígena ☐ Pardo(a) ☐ Preto(a) ☐			
Possui deficiência física ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular ☐
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )	
E-mail			

4. GRUPO FAMILIAR

Campos destinados somente para os Planos GEAPClássico, GEAPEssencial, GEAP-Referência, GEAP Saúde Vida e GEAP Referência Vida

(*) Preenchimento obrigatório, com dados próprios do beneficiário.

(**) Preenchimento para nascido a partir de 01/01/2010.

( )Plano GEAPSaúde II Registro ANS n°458.004/08-4	( )Plano GEAP-Referência Registro ANS n° 455.830/07-8	( )Plano GEAPEssencial Registro ANS n° 455.835/07-9	( )Plano GEAPClássico Registro ANS n° 456.093/07-1
( )Plano GEAP Saúde Vida Registro ANS n°473.881/15-1	( )Plano GEAP Referência Vida Registro ANS n°473.880/15-2		

Inscrição:		Nome	
Data de Nasc. / /		Vínculo	Nome da mãe
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐	PIS/PASEP
Raça: Amarelo(a) ☐ Branco(a) ☐ Indígena ☐ Pardo(a) ☐ Preto(a) ☐			
Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Endereço			Repetir do Titular ☐
Bairro	Cidade	UF	CEP

TERMO DE ADESÃO

Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )
E-mail		
Autoriza o envio de SMS? ( ) Sim ( ) Não	Autoriza o envio de e-mail marketing? ( ) Sim ( ) Não	

( )Plano GEAPSaúde II Registro ANS n°458.004/08-4
( )Plano GEAP-Referência Registro ANS n° 455.830/07-8
( )Plano GEAPEssencial Registro ANS n° 455.835/07-9
( )Plano GEAPClássico Registro ANS n° 456.093/07-1

( )Plano GEAP Saúde Vida Registro ANS n°473.881/15-1
( )Plano GEAP Referência Vida Registro ANS n°473.880/15-2

Inscrição:	Nome		
Data de Nasc. / /	Vínculo	Nome da mãe	
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐	PIS/PASEP
Raça Amarelo(a) ☐ Branco(a) ☐ Indígena ☐ Pardo(a) ☐ Preto(a) ☐			
Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular ☐
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )	
E-mail			
Autoriza o envio de SMS? ( ) Sim ( ) Não	Autoriza o envio de e-mail marketing? ( ) Sim ( ) Não		

( )Plano GEAPSaúde II Registro ANS n°458.004/08-4
( )Plano GEAP-Referência Registro ANS n° 455.830/07-8
( )Plano GEAPEssencial Registro ANS n° 455.835/07-9
( )Plano GEAPClássico Registro ANS n° 456.093/07-1

( )Plano GEAP Saúde Vida Registro ANS n°473.881/15-1
( )Plano GEAP Referência Vida Registro ANS n°473.880/15-2

Inscrição:	Nome		
Data de Nasc. / /	Vínculo	Nome da mãe	
CPF (*)	RG nº (*)	Órgão Expedidor (*)	Data de Emissão / /
CNS	Estado Civil	Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐	PIS/PASEP
Raça: Amarelo(a) ☐ Branco(a) ☐ Indígena ☐ Pardo(a) ☐ Preto(a) ☐			
Possui Deficiência Física? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não declarado Em caso afirmativo, informar o(s) tipo(s) de deficiência(s): ( ) deficiência visual ( ) deficiência auditiva ( ) deficiência de locomoção/motora ( ) deficiência intelectual			
Declaração de nascido vivo nº (**)			
Endereço			Repetir do Titular ☐

TERMO DE ADESÃO

Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel. Res.: ( )	Tel. Com.: ( )	Celular: ( )	
E-mail			
Autoriza o envio de SMS? ( ) Sim ( ) Não	Autoriza o envio de e-mail marketing? ( ) Sim ( ) Não		

5. CONSENTIMENTO DO (A) TITULAR

Autorizo o (a) Sr. (a) _____, portador (a) da Identidade nº _____, CPF:_____, residente à _____, na cidade de_____, UF:_____, telefone: (___)_____, e-mail _____, a obter informações acerca de qualquer aspecto relacionado ao plano de saúde no qual estou inscrito.

_____ , _____/_____/_____ _____

Local Data Assinatura do Titular

6. ADESÃO

6.1. Solicito minha adesão como titular em razão do Convênio por Adesão celebrado entre a GEAP Autogestão em Saúde e o (a)_____, assim como a inscrição do (s) dependente (s) e grupo familiar, se houver, relacionados nos itens 3 e 4 deste Termo, respectivamente, para o plano escolhido, e, consequentemente, me comprometo a pagar as contribuições mensais e coparticipações dos planos, na forma seguinte:

I - Consignação em Folha de Pagamento:

a) Contribuição mensal para o plano escolhido, relativa a minha inscrição e a do(s) meu(s) dependente(s), de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho de Administração da GEAP Autogestão em Saúde;
b) Participação no custeio dos serviços utilizados por mim ou por meu(s) dependente(s) relacionados no item 3 deste Termo - anverso, de acordo com os valores vigentes, estabelecidos pelo Conselho de Administração com exceção dos planos GEAP Saúde Vida e GEAP Referência Vida, nos quais não há previsão de cobrança de participação.
c) Parcelas de contribuição ou participação em atraso, por ventura, identificada(s).
d) Caso a arrecadação prevista nos incisos a, b e c não possa ser efetuada em folha de pagamento, por ausência de margem consignável ou outro motivo que impeça o desconto, a cobrança será realizada mediante título de cobrança bancária – TCB, débito em conta corrente, ou qualquer outro meio hábil e idôneo de cobrança, observados os termos do item II.

II - Título de cobrança bancária – TCB ou débito em conta corrente: (alíneas “a” e “b”) (considerar os planos GEAPClássico, GEAPEssencial,GEAP-Referência, GEAP Saúde Vida e GEAP Referência Vida)

a) Contribuição individual do beneficiário pertencente ao grupo familiar do (a) titular, relacionado (s) no item 4 deste Termo, de acordo com os valores vigentes e estabelecidos pelo Conselho de Administração da GEAP Autogestão em Saúde;
b) Participação no custeio dos serviços utilizados pelo beneficiário pertencente ao Grupo Familiar relacionado (s) no item 4 deste Termo com exceção do grupo familiar inscrito nos planos GEAP Referência Vida e GEAP Saúde Vida, nos quais não há previsão de cobrança de participação;
c) Contribuição ou participação, que porventura, não tenha sido consignada em Folha de Pagamento, por falta de margem consignável ou qualquer outro motivo que impeça o desconto em folha.
d) A cobrança prevista nas alíneas a, b e c, poderá ser realizada por meio de débito em conta corrente, junto aos bancos credenciados.
e) O vencimento do TCB, para as situações previstas nas alíneas a e b será dia 10 (dez) do mês, podendo ser prorrogada para o próximo dia útil.
f) Na situação prevista no item c, o TCB terá o vencimento até o dia 20 (vinte) do mês da consignação.

6.2. Declaro ter ciência de que a inscrição ao plano, somente será efetivada para fins de direito, inclusive de carência, quando apresentada este termo na Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde, nos prazos definidos no Convênio por Adesão celebrado entre a operadora e a patrocinadora/conveniada.

7. CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

7.1. Será fornecido, ao beneficiário, seus dependentes e grupo familiar, um Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, cuja apresentação é obrigatória, juntamente com documento oficial de identidade, para utilização da cobertura assistencial oferecida pelo plano.

7.2. Caso o beneficiário não esteja munido do Cartão de Identificação do Beneficiário – CIB, o atendimento será liberado, mediante apresentação da declaração de atendimento provisória disponibilizada pela GEAP, juntamente com documento oficial de identidade.

7.3. A declaração a que se refere o item anterior estará disponível por meio da página da GEAP na internet, 0800 728 8300 ou ainda nos atendimentos presenciais.

7.4. O beneficiário deverá utilizar a Declaração de Atendimento entregue pela GEAP até o cumprimento de todos os períodos de carência, conforme item 7.2., sendo que a entrega do Cartão de Identificação do Beneficiário – CIB somente ocorrerá após o cumprimento de todas as carências.

7.5. Ocorrendo extravio do Cartão de Identificação do Beneficiário - CIB, o fato deve ser comunicado imediatamente à Central de Atendimento da GEAP Autogestão em Saúde pelo número 0800 728 8300, ou à Gerência Regional, para que seja solicitada a emissão de novo cartão.

7.6. A GEAP Autogestão em Saúde cobrará do beneficiário o custo correspondente à emissão de 2ª via do cartão, exceto em caso de erro de impressão ou extravio da via anterior.

7.7. É de inteira responsabilidade do beneficiário a utilização e a conservação do cartão de identificação, sendo ele de uso pessoal e intransferível.

7.8. A utilização indevida do cartão do beneficiário poderá acarretar aplicação das penalidades previstas no regulamento do plano.

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

8.1. Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que:

I - Comprometo-me a comunicar à GEAP Autogestão em Saúde qualquer evento que implique em perda do meu direito e/ou de meus dependentes e beneficiários do grupo familiar inscritos no plano, entre eles, casamento, morte, ser beneficiário de outro plano de saúde mantido com recursos do Governo Federal ou qualquer outra situação, dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do evento, estando ciente de que fico sujeito às penalidades previstas no artigo 171 do Código Penal, caso não cumpra este compromisso;

II – Comprometo-me, após a perda do vínculo com a patrocinadora, a comparecer no RH do órgão ou na Gerência Regional da GEAP, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data da perda do vínculo funcional, para optar pelo direito de manutenção no plano na condição de beneficiário autopatrocinado, na forma do art. 12 da Resolução Normativa/ANS N. º 279/2011.

III - O cancelamento da inscrição a pedido do titular será realizado após a apresentação de formulário especifico, considerando as situações abaixo:

a) Formulário específico de cancelamento voluntário, conforme modelo da operadora, à unidade de recursos humanos do órgão ou entidade a que estiver vinculado ou em que tiver exercício, no caso de titular vinculado a patrocinadora/conveniada; ou
b) Formulário específico de cancelamento voluntário, conforme modelo da operadora, à Gerência Regional da GEAP Autogestão em Saúde mais próxima, no caso de titular não vinculado a conveniada/patrocinador e para o grupo familiar.

TERMO DE ADESÃO

IV - Nas situações previstas no item III, o titular se obriga a devolver à GEAP Autogestão em Saúde o CIB – Cartão de Identificação de Beneficiário, seu e de seus dependentes/grupo familiar;

IV - Recebi o Estatuto da GEAP Autogestão em Saúde e o regulamento do plano, e tenho conhecimento que, a Relação da Rede Prestadora de Serviços vinculada ao plano, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS e o Guia de Leitura Contratual - GLC estão disponíveis no endereço eletrônico: www.geap.com.br.

V - Tenho conhecimento de que cumprirei, assim como meus dependentes e beneficiários do grupo familiar, os períodos de carência estabelecidos no regulamento do plano, sendo que, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência;

VI - Manterei o meu endereço e de meus dependentes e beneficiários do grupo familiar sempre atualizados junto a GEAP Autogestão em Saúde;

VII - Tenho conhecimento e assumo o compromisso de pagar as contribuições de que trata o inciso I e II do item 6 deste Termo, por meio de Título de Cobrança Bancária emitido pela GEAP Autogestão em Saúde, no caso em que não for possível a consignação de tais débitos em folha de pagamento;

VIII - Tenho ciência que o não pagamento das contribuições mensais poderá acarretar o cancelamento da inscrição e a inclusão do meu CPF no cadastro do SERASA.

IX - Tenho conhecimento de que as contribuições para o plano serão atualizadas com base em estudos atuariais, observando-se a legislação que trata a matéria;

_____, _____/_____/_____ _____

Local Data Assinatura do Titular

Exclusivo da GEAP

_____, _____/_____/_____ _____

Local Data Assinatura do Empregado

Exclusivo da Patrocinadora

Autorizamos a inscrição do servidor/empregado ☐ e dos dependentes ☐ informados neste documento.

_____, _____/_____/_____

Local Data

AUTORIZADOR	
Assinatura e Carimbo	Matrícula

Autorização para débito em conta corrente

NOME BENEFICIÁRIO GRUPO FAMILIAR: _____CPF: ____._____._____-___

1. Autorizo o estabelecimento bancário abaixo especificado a debitar, mensalmente, em minha conta corrente, o valor para quitar o título em favor da GEAP Autogestão em Saúde.

2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o banco isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data indicada pela GEAP Autogestão em Saúde.

3. Estou ciente de que, caso não conste no titulo a expressão "DÉBITO EM CONTA - NÃO RECEBER NO CAIXA", esta deverá ser quitada diretamente junto a uma agência autorizada ao seu recebimento.

4. Qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias.

5. A GEAP Autogestão em Saúde se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviço, mediante comunicação por

TERMO DE ADESÃO

Autorização para débito em conta corrente

via do Beneficiário

NOME BENEFICIÁRIO GRUPO FAMILIAR: _____CPF: ____.____.____-___

1. Autorizo o estabelecimento bancário abaixo especificado a debitar, mensalmente, em minha conta corrente, o valor para quitar o título em favor da GEAP Autogestão em Saúde.

2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o banco isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de provisão na data indicada pela GEAP Autogestão em Saúde.

3. Estou ciente de que, caso não conste no titulo a expressão "DÉBITO EM CONTA - NÃO RECEBER NO CAIXA", esta deverá ser quitada diretamente junto a uma agência autorizada ao seu recebimento.

4. Qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias.

5. A GEAP Autogestão em Saúde se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviço, mediante comunicação por escrito.

Banco	Nº	Agência	Nº	DV	Conta Corrente	Nº	DV

_____ , _____/_____/_____

Local Data

via da GEAP

_____

Titular