

1. DADOS DO(A) SOLICITANTE

Nome _____ CPF: _____

2. DADOS FINANCEIROS

Nome do banco: _____ Agência: _____ Dv Agência: _____ Nº Conta: _____ Dv Conta: _____

*Os dados financeiros deve ser do próprio solicitante, pessoa física, maior de idade.

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 que para ativação do serviço de Débito Automático deverei entrar em contato com meu banco pelos meios de contato por ele definidos para aceitar o pedido de autorização que será emitido pela Geap em até 5 (cinco) dia úteis.
4. Estou ciente de que, caso não conste no título a expressão "DÉBITO EM CONTA - NÃO RECEBER NO CAIXA", esta deverá ser quitada diretamente junto a uma agência autorizada ao seu recebimento.
5. Qualquer alteração ou inclusão de dados deverá ser participada por mim com antecedência mínima de 30 dias.
6. A Geap Autogestão em Saúde se reserva o direito de, a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviço, mediante comunicação por escrito.

EXCLUSIVO DO(A) SOLICITANTE

_____ / / _____
Local Data Assinatura do(a) Solicitante

EXCLUSIVO DA GEAP

_____ / / _____
Local Data Assinatura do(a) Empregado(a) Geap