

Solicito o cancelamento do débito em conta referente a mensalidade e serviços de:

Nome completo do(a) Associado(a) (sem abreviações)

Matrícula

Nome completo do(a) Associado(a) (sem abreviações)

Matrícula

Nome completo do(a) Associado(a) (sem abreviações)

Matrícula

Nome completo do(a) Associado(a) (sem abreviações)

Matrícula

Nome completo do(a) Associado(a) (sem abreviações)

Matrícula

Nome do Banco: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_  
Agência: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_  
Conta Corrente nº \_\_\_\_\_

Titular da Conta Corrente

CPF

A cobrança deverá ser enviada pelo correio para o seguinte endereço:

CEP Rua, avenida, alameda, travessa, praça Número Complemento

Bairro Município UF

Porto Alegre, Data Matrícula

Assinatura do(a) Associado(a)

Revisado

Data