

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE CANCELAMENTO**

Eu, BRUNO MANOEL VIEIRA NERY ROCHA, CPF: 718.443.761-68, titular do plano de saúde junto à operadora ASSEFAZ, venho por meio desta autorizar expressamente a Galla Consultoria e seu(s) representante(s) legal(is), a realizar, em meu nome, todos os procedimentos necessários para a solicitação de cancelamento/exclusão do referido plano de saúde.

Declaro estar ciente de que esta solicitação de cancelamento implica na interrupção dos serviços prestados pela operadora e me responsabilizo por qualquer pendência financeira ou documental relacionada ao contrato vigente até a efetiva confirmação do cancelamento.

Autorizo ainda que qualquer comunicação referente ao processo de cancelamento seja feita pela Galla Consultoria junto à operadora do plano de saúde, isentando a consultoria de qualquer responsabilidade alheia à solicitação realizada por mim.

**São Paulo, 14 de NOVEMBRO de 2025.**

---

(Assinatura do responsável)