

**AUTORIZAÇÃO DESCONTO E COBRANÇA SEGURO DE VIDA EM GRUPO**

EU, Tomás moorio Benito Cost, portador do CPF 035.389.349-83,  
colaborador(a) da empregadora \_\_\_\_\_, solicito minha inclusão como participante  
do Seguro de Vida em Grupo.

( ) Autorizo a empresa a descontar, mensalmente, de minha folha de pagamento o valor R\$ 9,40 informado pela  
EMPREGADORA, referente ao prêmio do Seguro de Vida em Grupo que será descontado no meu contra-cheque.

Tomás moorio Benito Cost

Assinatura do(a) Colaborador(a) Beneficiário

Data: 03 / 03 / 22

---

0089652 1 0367 AL003439.205 00042

**NOME USUÁRIO:**  
TANIA MARIA BENTO COSTA

**LOTE:** 00002069898

**MATRÍCULA:** 1503X

**PRODUTO:** VR Alimentação

**Nº DO CARTÃO:** 6370 XXXX XXXX 1066

**EMPRESA:** 20596423000123  
DGX TERCEIRIZACAO EIRELI

**REMETENTE**  
CAIXA POSTAL 77.816  
São Paulo - SP  
CEP: 05503-970



6370 XXXX XXXX 1066

**DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO**

Código departamento: 86

*Nota Fictícia*

0000042

**USUÁRIO:** TANIA MARIA BENTO COSTA

**MATRÍCULA:** 1503X

**N DO CARTÃO:** 6370 XXXX XXXX 1066

**PRODUTO:** VR Alimentação

**LOTE:** 00002069898

**ENDEREÇO:** RUA CAETES 84 CASA  
VILA MATARAZZO LONDRINA PR

86026-300

"Ao assinar o campo abaixo, declaro que recebi, nesta data, o documento de legitimação de alimentação na forma de cartão benefício, com a bandeira VR Benefícios, juntamente com o guia do usuário e senha. Reconheço que sou responsável pela guarda do cartão e senha, sendo de uso pessoal e intransferível para terceiros. Tenho conhecimento e declaro que o benefício disponibilizado no cartão tem por finalidade única, a aquisição de gêneros alimentícios in natura na rede de estabelecimentos afiliados para aceitação do produto VR Alimentação, de acordo com as leis e regras do Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT."

**ASSINATURA:**

*Tania Maria Bento Costa*

**DATA:**

\_\_/\_\_/\_\_

RECEBIMENTO INDIVIDUAL



6370 XXXX XXXX 1066