

AUTORIZAÇÃO DESCONTO E COBRANÇA SEGURO DE VIDA EM GRUPO

Eu, Andressa Santos, portador do CPF 07030203909,
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.

Andressa Santos

Assinatura do(a) Colaborador(a) Beneficiário

Data: 04/06/2023