

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

Eu, Juliana Graxilo da Silva de Lencastre, portador do CPF 080.785.549-90,  
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.

Juliana Graxilo da Silva de Lencastre  
Assinatura do(a) Colaborador(a) Beneficiário  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_