

AUTORIZAÇÃO DESCONTO E COBRANÇA SEGURO DE VIDA EM GRUPO

Eu, Joana Oliveira Sousa, portador do CPF 0152998589-16
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.

Joana Oliveira Sousa
Assinatura do(a) Colaborador(a) Beneficiário
Data: 09/09/22