

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA

SEGURO DE VIDA

Eu _____ abaixo assinado, AUTORIZO O
SAEMAC a efetuar o desconto mensalmente em minha folha de pagamento, referente ao
Seguro de Vida no valor de R\$ _____
_____.

_____, ____ de _____ de 2011.

Nome: _____

Ident. Fun.: _____

Assinatura: _____