

## TERMO DE ADESÃO SEGURO DE VIDA

---

AUTORIZO À COBRANÇA, CONFORME INFORMAÇÕES AQUI DESCRITAS.

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

QTDE. DE FUNCIONÁRIOS CONFORME GFIP: \_\_\_\_\_

NOME REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**OBS.:** Após assinatura e carimbo, enviar este documento para o e-mail: [financeiro@sindipostos-es.com.br](mailto:financeiro@sindipostos-es.com.br) ou para maiores informações entrar em contato com Sra. Vânia através do tel.: (27) 3322.0104.

Atenciosamente,

  
**Maxwel Nunes**  
Presidente.