



FILIADO À CUT E À FIO

SINDICATO DOS  
ODONTOLOGISTAS  
DO DISTRITO FEDERAL

## AUTORIZAÇÃO

### DESCONTO EM FOLHA – SES

Eu, .....,  
odontólogo (a), matrícula nº: ....., Lotação:.....  
....., autorizo junto a **SECRETARIA DO  
ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL**, o desconto em folha de pagamento, no  
valor de 1% (um por cento) sobre o vencimento ao mês, em benefício do **SINDICATO DOS  
ODONTOLOGISTAS DO DISTRITO FEDERAL – SODF**, a título de anuidade da  
entidade sindical, a ser depositado em conta nº 600.163-9, Banco Regional de Brasília S/A –  
BRB – Agência do Setor Hospitalar Sul, nº 215.

Brasília DF, ..... de ..... de .....

.....  
(assinatura)