



SINDICATO DOS ODONTOLOGISTAS  
DO DISTRITO FEDERAL

## AUTORIZAÇÃO

### DESCONTO EM FOLHA – SEE

Eu, .....,  
odontólogo (a), matrícula nº: ....., Lotação:.....  
....., autorizo junto a **SECRETARIA DO ESTADO DE  
EDUCAÇÃO 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 mensalidade 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)