



**REQUERIMENTO**  
**AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Matrícula Apcef/DF: \_\_\_\_\_ Mat. CEF : \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Requerimento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Razões: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Autorização do Associado

Brasília - DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_