



Anápolis/GO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Ref.: Farmácia SILVER

Eu, \_\_\_\_\_ portador do  
RG.nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o n.º \_\_\_\_\_, AUTORIZO,  
através deste termo, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE  
Anápolis a descontar mensalmente em minha folha de pagamento, as  
importâncias relativas a compra de medicamentos e correlatos adquiridos  
através do Convênio junto a DROGARIA SILVER a partir do mês de \_\_\_\_/\_\_\_\_.

Por estar de acordo, firmo o presente.

\_\_\_\_\_  
CPF: