



Local e data:

De:

Para: CABEFE

Em cumprimento ao que determina as normas do benefício “Auxílio Funeral” no que diz respeito ao associado sem dependentes legais (descendentes e ascendentes) venho designar para receber o benefício, o(a) Sr(a):

Nome:
CPF:

Nome do associado: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Assinatura do associado: \_\_\_\_\_

Av. Raja Gabaglia, 1626 - 3º andar - Gutierrez - Belo Horizonte – MG – CEP: 30441-194.

Telefone: (31) 3349-8165 - 0800031006