

Ao

Departamento de Gestão de Pessoal do(a) \_\_\_\_\_

Nesta

Autorizo que seja feito o desconto da mensalidade social do Sindicato dos Odontologistas no Estado de Pernambuco do meu salário.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome completo (legível):

Vínculo empregatício:

Matricula nº:

Lotação:

\_\_\_\_\_  
Assinatura  
Cirurgião Dentista