



SINDICATO DOS ODONTOLOGISTAS
DO DISTRITO FEDERAL

AUTORIZAÇÃO
DESCONTO EM FOLHA – IGES-DF

Eu,,
odontólogo (a), matrícula nº:, Lotação:.....

....., autorizo junto ao **INSTITUTO DE GESTÃO
ESTRATÉGICA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – IGESDF**, 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**, referente a negociação do Acordo Coletivo
assinado, 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)