



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)