



SINDICATO DOS ODONTOLOGISTAS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
 Registro MTB – Nº 331891774 – CNPJ – Nº 08.373.169/0001-07

**FILIAÇÃO ASSOCIATIVA - SERVIDORES MUNICIPAIS**

**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_ CPF - \_\_\_\_\_,  
 Cirurgiã (o) Dentista, matrícula de nº \_\_\_\_\_. Autorizo junto à Instituição  
 Empregadora \_\_\_\_\_, o desconto  
 em folha de pagamento no valor de **1,3% (um vírgula três por cento)**, sobre o **vencimento  
 padrão (salário base)**, em benefício do SINDICATO DOS ODONTOLOGISTAS DO  
 ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE, a título de **Mensalidade da Contribuição  
 Associativa**, a ser depositada, conforme informações abaixo.

- Banco – 748 – SICREDI NATAL
- Agência nº - 2207
- Conta Corrente nº - 7.242-7 – Sindicato dos Odontologistas do RN

\_\_\_\_\_/RN..... de ..... de .....

.....  
 ASSINATURA DO ASSOCIADO

CRO/RN .....

**Dados cadastrais atualizados**

Rua: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_  
 Tel:( ) \_\_\_\_\_/( ) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_