



**SINDICATO DOS AUDITORES FISCAIS DE TRIBUTOS ESTADUAIS DO AMAZONAS**  
Filiado à Federação Nacional do Fisco Estadual – FENAFISCO

## **AUTORIZAÇÃO PARA CONVÊNIO ODONTOLÓGICO**

Eu, \_\_\_\_\_

CPF N° \_\_\_\_\_ RG N° \_\_\_\_\_

afiliado a essa entidade de classe, autorizo o (a):

- 1- ( ) Minha inclusão e de meus dependentes
- 2- ( ) Inclusão de dependentes
- 3- ( ) Exclusão de dependentes
- 4- ( ) Exclusão total: Minha e de meus dependentes
- 5- ( ) Outros \_\_\_\_\_

No desconto odontológico - Uniodonto, pelo qual pagarei através de boleto bancário ou contribuição mensal de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) por minha inscrição e de cada dependente conforme relaciono abaixo.

ITEM	NOME DO DEPENDENTE	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO

Manaus, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA**