**AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO ASSOCIATIVA**

**SERVIDORES ESTADUAIS**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cirurgião-dentista inscrito no CRO sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, servidor público do **Estado do Ceará**, com matrícula funcional de nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **AUTORIZO** que a Contribuição Associativa seja **mensalmente** **descontada, em folha de pagamento, no valor correspondente a 2% (dois por cento) do meu vencimento básico**, com posterior reajuste, conforme aprovação em assembleia sindical, em prol do Sindicato dos Odontologistas do Estado do Ceará - SINDIODONTO (Código Sindical junto à CEF nº 012.256.11551 e CNPJ nº 07.346.828/0001-45).

Assim, assumo o compromisso de efetuar com pontualidade o pagamento da Contribuição Associativa, conforme aprovado em Assembleia Geral da categoria, no dia 05/09/2017, cumprindo a determinação estatutária do SINDIODONTO (art. 7º, IV) e suas posteriores revisões/reajustes decididas em assembleia sindical da categoria.

Portanto, eu, acima qualificado e abaixo assinado, declaro para todos os fins de direito que todas as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/CE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
ASSINATURA DO CIRURGIÃO-DENTISTA

Telefones para contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail para contato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_