



Setor Bancário Sul, Quadra. 01 Bloco "K", Ed. Seguradoras, 7º Andar,
Sala 708/714, CEP: 70093-900 Brasília-DF
Telefone: (61) 3962-5000, Fax: (61) 3962-5001 – E-mail: sinagências@sinagencias.org.br - Site: www.sinagencias.org.br

AUTORIZAÇÃO PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE

EU: _____ CPF Nº: _____
_____, SIAPE: _____, filiado ao SINAGÊNCIAS –
Sindicato Nacional dos Servidores das Agências Nacionais de Regulação
AUTORIZO o Banco: _____, Agência:
_____, C/C _____ a debitar em minha
conta corrente, mensalmente, o valor de R\$: _____
em favor do Sinagências conta nº _____, Agência:
_____.

Os valores acima descritos referem-se ao pagamento do PLANO
ODONTOLÓGICO (PRODENT), conforme contrato.

Por ser verdade firmo a presente autorização em 02 vias de igual
teor e forma.

Brasília, _____ de _____ de _____.

Assinatura