



SINDICATO DOS SERVIDORES MUNICIPAIS DE PARACATU

Telefax: (38) 3671-2530

Rua Rio Grande do Sul, 632 - Centro - CEP 38600-000 - Paracatu - MG

AUTORIZAÇÃO PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Eu, _____
servidor(a) da Prefeitura Municipal _____ com matrícula
nº _____, autorizo a realização dos serviços e concordo com o que foi
proposto como plano de tratamento e pagamento, e autorizo o desconto das parcelas
abaixo citadas, para fins de tratamento Odontológico.

Quantidade de parcelas _____

Valor máximo de cada parcela R\$: _____

Valor total R\$: _____

Tempo previsto para tratamento _____ dias. O valor acima contratado tem prazo de
validade de _____ (_____) dias, a partir desta data.

Fica autorizado ao Departamento de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de
Paracatu a descontar na minha folha de pagamento as parcelas acima citadas.

Nome do dentista _____

Paracatu, _____ de _____ de 20 _____