

AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA DE GUIAS MÉDICAS E LABORATORIAIS

Eu, _____, sindicalizado/a ao Sinpro Goiás, Titular da matrícula nº _____ autorizo, por tempo indeterminado, as pessoas abaixo relacionadas a retirarem em meu nome e mediante a apresentação de cópia de meus documentos (**RG, Carteirinha de associado em prazo de validade e Contracheque com a Contribuição Associativa Mensal do último mês**), Guias Médicas, Laboratoriais e de outros benefícios que o SINPRO GOIÁS ofereça aos seus associados. Estou ciente de que esta autorização só terá validade enquanto o/a Titular estiver em situação de sindicalizado/a ao SINPRO GOIÁS e quites com sua Contribuição Mensal Associativa.

Forma de pagamento: Cartão () Dinheiro ()

AUTORIZADOS/AS

NOME	Nº CPF
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Goiânia, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Titular/CPF

Sindicato dos Professores do Estado de Goiás - SINPRO GOIÁS
Departamento de Convênios

Carimbo