

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: _____

(Preencher acima: nome completo, nacionalidade, estado civil, cargo, CPF/MF e endereço completo)

OUTORGADO(A): _____

(Preencher acima: nome completo, nacionalidade, estado civil, profissão, CPF/MF e endereço completo)

PODERES: Pelo presente instrumento o(a) outorgante acima qualificado(a) confere ao(à) outorgado(a), poderes específicos para representá-lo(a) perante o **SINTRAM - SINDICATO DOS TRABALHADORES MUNICIPAIS DE DIVINÓPOLIS E DA REGIÃO CENTRO OESTE DE MINAS GERAIS**, a fim de retirar a carteira do plano de saúde _____, inclusive as carteiras do(s) dependente(s) e/ou agregado(s), que o(a) OUTORGANTE é titular, podendo assinar protocolo acusando recebimento dos documentos. **Esta procuração é válida até o dia 30/09/2023.**

_____.

(local e data)

Nome completo