

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu,

_____, CPF nº _____, RG nº _____
_____, Matrícula _____

Benefício _____, **AUTORIZO EXPRESSAMENTE A FAACO – FEDERAÇÃO DOS APOSENTADOS, APOSENTÁVEIS E PENSIONISTAS DOS CORREIOS E TELÉGRAFOS, A AJUIZAR AÇÃO VISANDO ADEQUAR OS DESCONTOS/COBRANÇA QUE O POSTALSAUDE VEM REALIZANDO DA COPARTICIPAÇÃO E DA COBRANÇA MENSAL, EM MEU FAVOR, POR INTERMÉDIO DA ADVOCACIA JANOT.**

_____, _____ de _____ de 2018.

(reconhecer a firma)