AUTORIZAÇÃO

Nome:

Nacionalidade:

Estado Civil:

Profissão:

CPF:

RG:

Endereço comercial:

Telefone comercial:

Endereço residencial:

Telefone residencial:

Autorizo a Associação dos Funcionários do Banco do Nordeste do Brasil (AFBNB) a ajuizar ação na Justiça Federal objetivando revisar o benefício do INSS.

 Local, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Assinatura

**OBS.: NECESSÁRIO RECONHECER FIRMA**