**AUTORIZAÇÃO**

|  |
| --- |
| Nome: |
| Nacionalidade: | Estado civil: |
| Endereço: |
| Identidade:  | CPF:  |
| Matrícula:  | Telefone:  |
| E-mail: |

AUTORIZO o **[nome do sindicato]**, [qualificação completa do sindicato], a propor ação judicial, execução, ação rescisória ou requerimento administrativo, contra o ente federativo, órgãos públicos ou autoridade responsáveis, com o fim específico **ajuizar ação coletiva para obter o pagamento do auxílio-saúde em pecúnia**. Em uma síntese das razões que levam a pleitear o pagamento em pecúnia do auxílio-saúde, informo que: [**PREENCHER A PARTIR DAQUI COM O RESUMO DAS RAZÕES/DIFICULDADES QUE LEVAM A EXIGIR O AUXÍLIO EM PECÚNIA, INFORMANDO TAMBÉM O MÊS/ANO EM QUE HOUVE O CORTE NO CONTRACHEQUE**].

[DEIXAR APENAS O ESPAÇO DE 2 PARÁGRAFOS SIMPLES ENTRE O PARÁGRAFO FINAL DO RESUMO E A CIDADE/DATA/ASSINATURA ABAIXO].

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (cidade) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (assinatura)