

**PROCURAÇÃO**  
**(ANUÊNIO FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE)**

NOME: \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

TEL. PARA CONTATO: \_\_\_\_\_ SIAPE \_\_\_\_\_, no fim

assinado, por este instrumento particular, nomeia e constitui seus bastantes procuradores o Dr. Marcelo Trindade de Almeida, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 19.095, e o Dr. João Luiz Arzeno da Silva, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PR sob o nº 23.510-B, ambos integrantes do escritório jurídico TRINDADE E ARZENO ADVOGADOS ASSOCIADOS, inscrito na OAB/PR sob o nº 631, e no CNPJ/MF sob o nº 03.242.615/0001-12, localizado na cidade de Curitiba, na Rua Marechal Deodoro, 51, conj, 1701, onde recebem intimações, para fins de pleitear, judicial e/ou administrativamente, inclusive em ações rescisórias, junto a **FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE**, ou a quem de direito, o pagamento dos valores representativos dos **ANUÊNIO**s referentes a contagem do período trabalhado sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho, para o que concede os poderes constantes das cláusulas “ad judicium” e “extra judicium”, bem como os especiais de transigir, desistir, renunciar, receber, dar quitações, firmar termos de compromisso, declarar, acordar, anuir, levantar suspeições, e todos os demais que se façam necessários ao bom e completo desempenho deste mandato, inclusive substabelece-lo, total ou parcialmente, com ou sem reservas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA COM FIRMA RECONHECIDA

**\* ANEXAR CÓPIA DO ÚLTIMO CONTRA-CHEQUE, RG e CPF**

**OBS.:** Serão cobrados honorários no índice de **5%** em 1ª Instância, **10%** em 2ª Instância e **15%** em 3ª Instância para os filiados e de **20%** para os não-filiados ao SINDPREVS-PR, importando a assinatura desta procuração em concordância com esta observação.

## DECLARAÇÃO

(Anuênios - Funasa)

NOME: \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_, ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_,

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_, ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_, BAIRRO: \_\_\_\_\_,

RG: \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, MATRÍCULA SIAPE Nº \_\_\_\_\_,

TELEFONE PARA CONTATO: \_\_\_\_\_, no fim assinado, **DECLARO**, para os devidos fins, ter conhecimento de que se exauriu o prazo prescricional para execução da Ação Coletiva nº **95.00.16023-4**, em que foram partes o Sindicato dos Servidores Públicos Federais em Saúde, Trabalho, Previdência e Ação Social do Estado do Paraná (SINDPREVS/PR) – substituindo todos os servidores da Fundação Nacional da Saúde, referente aos anuênios (a contagem de período trabalhado sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho).

**DECLARO**, da mesma forma, ter conhecimento da Medida Cautelar de Protesto Judicial Interruptivo de Prescrição, que foi distribuída por dependência aos autos acima citados, e que interrompeu o prazo prescricional já mencionado, possibilitando a execução do título executivo judicial durante os próximos dois anos e meio, a contar da data do despacho que determinou a citação da Funasa.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura com firma reconhecida)

## **DECLARAÇÃO**

Declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com pagamento das custas do processo em epígrafe, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família nos termos do art. 5º, inciso LXXIV da Constituição Federal e da lei 1.060/50.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

**ASSINATURA DECLARANTE**

(Não é necessário reconhecer firma)

**Nome:**

**RG:**

**CPF:**

**Matricula Siape:**