

sindPREvs

SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS EM SAÚDE, TRABALHO, PREVIDÊNCIA E AÇÃO SOCIAL DO ESTADO DO PARANÁ.

PROCURAÇÃO (3,17% - Ministério do Trabalho)

NOME: _____

FILIAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

PROFISSÃO: _____ ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ BAIRRO: _____

RG: _____ CPF: _____

TEL. PARA CONTATO: _____ SIAPE _____, no final

assinado, por este instrumento particular de mandato, nomeia e constitui seu bastante procurador 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 Fernando Amaro, 71 Alto da XV, Curitiba/Pr, onde recebem intimações, por seus advogados o Dr. MARCELO TRINDADE DE ALMEIDA, advogado, inscrito na OAB-PR sob nº. 19.095, Dr. JOÃO LUIZ ARZENO DA SILVA, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 23.510-B, Dr. FLÁVIO JOSÉ SOUZA DA SILVA, advogado, inscrito na OAB/PR sob o nº 35.358B, a Drª MICHELE MILANEZ SCHNEIDER, advogada, OAB/PR sob o nº 35.914, e a Drª ANA PAULA BRANDT, advogada, OAB/PR nº 25.882, onde recebem intimações, para fins de pleitear, judicial e/ou administrativamente, inclusive em ações rescisórias, junto ao **MINISTÉRIO DO TRABALHO**, ou a quem de direito, o pagamento das revisões de vencimentos no índice de 3,17%, retroativamente ao mês de janeiro de 1995, 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 200 ____.

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.

Sede Londrina: Av. Jorge Casoni, 2575 CEP 86010-250 Fone/Fax (014)43 3321-3814 e-mail: sindprev@sercomtel.com.br -
Nova Sede Curitiba: Av. Marechal Deodoro, 500 – Sala 158 CEP 80010-010 Fone/Fax (014)41 3233-9389 e-mail: sindprevspr@onda.com.br
www.sindprevspr.org.br

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 200__.

ASSINATURA DECLARANTE

(Não é necessário reconhecer firma)

Nome:

RG:

CPF:

Matricula Siape: