SINTSAÚDERJ

Sindicato dos Trabalhadores no Combate as Endemias e Saúde Preventiva no Estado do Rio de Janeiro.

CNPJ 00.062.715/0001-79

Filiado à CUT

FICHA DE INFORMAÇÃO PARA AÇÕES

NOME:

ORGÃO: MATRICULA: SEXO: M F

NASCIMENTO: / / ESTADO CIVIL:

CPF: -

IDENTIDADE: ORGÃO EMISSOR: DATA DE EMISSÃO: / /

LOGRADOURO:

NÚMERO: COMPLEMENTO: BAIRRO:

CIDADE: CEP: - ESTADO:

DDD: TELEFONE RESIDENCIAL: DDD: CELULAR:

DDD: TELEFONE PARA CONTATO: DDD: CELULAR:

E-MAIL:

OUTRAS INFORMAÇÕES:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me pelas informações aqui prestadas, ciente de que o Departamento Jurídico do sindicato dependerá da veracidade das mesmas para contatos futuros relacionados as minhas ações.

De acordo: ____/____/_____ _____

ASSINATURA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: _____,
brasileiro(a), _____, _____,
portador(a) da Carteira de Identidade nº _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado(a) em
_____
_____, CEP _____.

OUTORGADOS: **JOSELICE ALELUIA CERQUEIRA DE JESUS,** brasileira, OAB/RJ 21.257, **ANTONIO GERALDO CARDOSO VIEIRA**, OAB/RJ 24.708, **ADRIANO PEREIRA ANUNCIAÇÃO**, OAB/RJ 153.383, **CLAUDETTE MARTINS GERMANO**, OAB/RJ 46.860, **ANDRÉ FERNANDES DE ANRADE**, OAB/RJ 116.532, **THIAGO FELIZARDO SOARES**, OAB/RJ 170.780, todos com escritório na Av. Beira Mar, 406, Grupo 1003, CEP 20.021-060, Centro, nesta capital.

PODERES: Representar o(a) Outorgante, na forma do art. 38 do CPC, mediante o presente instrumento particular, com cláusulas **extra e ad juditia**, para representar nos autos do ação judicial de reajuste, atualização e correção do benefício do auxílio-alimentação, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, e os especiais para substabelecer, com ou sem reserva de iguais.

Rio de Janeiro, _____/_____/_____.

_____

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

_____,

brasileiro(a), _____, _____,

portador(a) da Carteira de Identidade nº _____,

inscrito(a) no CPF sob o nº _____, residente e domiciliado(a) em _____

_____, CEP _____,

DECLARA, para todos os fins admitidos em direito, seu estado de hipossuficiência econômica, nos termos da Lei nº 1.060/50. Com isso, não tem condições de arcar com as taxas e custas processuais, sob pena de gerar riscos a própria subsistência ou de minha família.

Rio de Janeiro, _____/_____/_____.

_____