Ficha de Atendimento - Departamento Jurídico

Filiado: Sim □ Não □ Dependente □

Data do atendimento: _____ /_____/_____

Solicitante:_____

Estado Civil: _____ ***Nacionalidade:*** _____

Filiação: ***Sexo:*** Fem □ Masc □

*mãe:*_____

*pai:*_____

Endereço residencial: _____

Bairro:_____

Cidade:_____ ***CEP:*** _____-_____

Tel(res): (____)_____ ***Cel:(____)***_____

Tel para Recado:(___)_____ ***Cargo/Profissão:*** _____

Lotação:_____ ***CI:***_____

CPF: _____ ***MASP:*** _____

PIS/PASEP: _____ ***Dados Bancários:***_____

Chave Pix:_____ ***e-mail:***_____

******** favor preencher todos os dados ********

Termo de Compromisso, Declarações e Permissões: *Estou ciente que, caso não me seja concedido o benefício da gratuidade da justiça e a ação seja julgada improcedente, terei que arcar com as custas e despesas processuais, bem como, honorários advocatícios e sucumbenciais em favor da parte contrária.*

Estou ciente, ainda, que as diligências atinentes ao fornecimento de toda documentação necessária ao ajuizamento e ao bom andamento da ação, são de minha inteira responsabilidade, devendo o cumprimento das solicitações ocorrer no prazo de 5 dias corridos.

Estou ciente que o descumprimento e/ou negligência do prazo assinalado pode acarretar prejuízo na prestação do serviço, o qual assumo integralmente a responsabilidade pelas consequências da omissão.

Em observância à Lei nº. 13.709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e demais normativas aplicáveis sobre proteção de Dados Pessoais, manifesto-me de forma orientada, livre, expressa e consciente, no sentido de autorizar o SINDPOL/MG a realizar o tratamento e compartilhamento de meus Dados Pessoais para as finalidades e de acordo com as condições exigidas no atendimento aqui solicitado.

Por fim, declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas, me comprometendo a mantê-las atualizadas através do e-mail juridico@sindpolmg.org.br, conforme

Rua Diamantina, nº 214, Lagoinha, Belo Horizonte/MG | CEP 31.110.320 |
Telefone: (31)2138-9898 | e-mail: juridico@sindpolmg.org .br

orientado nesta data.

Da Contribuição Sindical Voluntária: *A Título de Taxa de Fortalecimento Sindical, concordo em pagar a esta Entidade o percentual de:* ***a) se filiado:*** *10% (dez por cento);* ***b) se dependente:*** *15% (quinze por cento);* ***c) se não filiado:*** *20% (vinte por cento sobre o total do proveito econômico obtido por esta solicitação de atendimento. Não havendo proveito econômico, a taxa contributiva voluntária fica acordada em R$ _____.*

Das Custas, Despesas Processuais e Honorários de Sucumbência: *O Sindicato não se responsabiliza por eventuais condenações em custas processuais e honorários de sucumbência, sendo o pagamento desses valores de inteira responsabilidade do solicitante, no caso de não concessão de justiça gratuita pelo Juiz da causa.*

Havendo a necessidade de produção de perícia de qualquer natureza, esta deverá ser custeada exclusivamente pelo solicitante, ficando o Sindicato isento de qualquer responsabilidade.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____ .

***ASSINATURA DO SOLICITANTE*: _____**

Testemunha [1]: _____ Testemunha [2]: _____

***** ***Uso Interno - favor NÃO preencher esses dados*** *****

Responsável pelo Atendimento: _____ Trata-se de atendimento Excepcional? *Sim* □ *Não* □

Autorização Diretoria / Presidência (Colher assinatura com carimbo): _____

**** ***Informações do Atendimento*** ****

Tipo de Atendimento: *Contencioso (*visa propositura de ação*)* □ | *Consultivo (*preventivo*)* □ | *Extrajudicial (*não litigioso*)* □

** Em caso contencioso ou extrajudicial, favor apresentar um breve resumo de qual seria o tipo de ação/medida:*

A documentação está completa? *Sim* □ *Não* □

Caso negativo, qual seria a pendência: _____

_____

Assinatura do Responsável pelo Atendimento: _____

Formulário Versão: 11.04.2023. Elaine Gomes