



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: _____ - _____

Preferência do Contato e Atualizações: Mensagem WhatsApp | Ligação Telefônica | E-mail

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

Tel para Recado:(____) _____ Cargo/Profissão: _____

Lotação: _____ CI: _____

CPF: _____ MASP: _____

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 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

Motivo: _____

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: _____