

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Nome _____, brasileiro (a),
Estado, Civil _____, portador (a) do RG _____ SSP/ _____ e
CPF _____, residente e domiciliado a
Rua _____, nº _____ Bairro: _____
CEP: _____ Campo Grande-MS.

OUTORGADOS: **MÁRCIO ALMEIDA**, inscrito na OAB/MS sob o nº 15459; **MÁRCIO ALMEIDA ADVOCACIA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, sociedade inscrita na OAB/MS sob o nº 15459 e **LUAN CAIQUE DA SILVA PALERMO**, inscrito na OAB/MS sob o nº 24021; todos com escritório sito à Rua São Paulo, 749, Jd. São Francisco, Campo Grande, MS, CEP: 79010-050.

PODERES/FINALIDADE: O(A) Outorgante confere poderes para Impetrar Mandado de Segurança/Ação de cobrança do enquadramento na carreira (reposicionamento horizontal e vertical), mover ação para cobrança de: quinquênio, mudança de classe e/ou letra e adicional noturno sobre plantões de serviço, assim como retroativo do bolsa alimentação em caso de não ter ação individual.

TERMO DE DECLARAÇÃO: O Declarante abaixo assinado vem por meio desta declarar que não detém condições econômicas de demandar em juízo sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família. Assim, de conformidade com os dispositivos abaixo, independentemente do resultado (procedência ou improcedência), venho requerer os benefícios da justiça gratuita, quais sejam, **dispensa do pagamento das custas processuais. ASSIM COMO TODA E QUALQUER OUTRA DESPESA DO PROCESSO.**

HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS: Em caso de êxito da ação, **e somente em caso de ÊXITO (GANHO DE CAUSA) e por força de contrato da assessoria jurídica com o SINTE/PMCG** será cobrado o percentual de 20% (vinte por cento) do proveito econômico da demanda.

Campo Grande - MS, _____ de _____ de 2024.

ASSINATURA

¹ Enviar o documento preenchido e assinado juntamente com cópia de CNH ou a carteira do COREN (documento com foto) e com comprovante de residência, junto com os documentos abaixo.

² Holerites de dezembro de 2022 a novembro de 2023, certificados nas seguintes áreas: enfermeiro - uma pós-graduação em nível de especialização na área da saúde; e, Técnico de Enfermagem - nível superior, no mínimo obtido em curso de tecnologia ou sequencial na área da saúde.

³ PARA QUINQUÊNIO E PARA CLASSE HORIZONTAL/LETRA: **03 HOLERITES DE CADA ANO DOS ÚLTIMOS 05 ANOS.** (Ex.: 03 holerites de 2018, 03 holerites de 2019, 03 holerites de 2020...)

⁴ ADICIONAL NOTURNO SOBRE PLANTÕES: Para quem realiza plantão, enviar última escala de plantão e quantidade de plantões que em média realizou desde **NOVEMBRO DE 2014 – declarar a quantidade no formulário em anexo.**

⁵ Holerites de julho de 2017 a outubro de 2018 do bolsa alimentação, se não recebeu no período é so informar no formulário abaixo.

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES – AÇÕES JUDICIAS

NOME COMPLETO:		
CPF:		
Recebeu Bolsa Alimentação entre julho de 2017 e agosto de 2018 (para técnicos de enfermagem) trata-se do período que foi “cortado” o bolsa alimentação, para recebimento do retroativo.		() Sim () Não Se sim, enviar os holerites do bolsa dos respectivos meses
MÉDIA MENSAL DOS PLANTÕES		
Neste quadro vc lançará uma média dos plantões noturnos que realizou precisamos que seja uma memória de média: quantas plantões noturnos em fins de semana, e quantos em dias de semana, a média é anual, por exemplo: em 2015 realizei média mensal de 6 plantões noturnos de 12 horas em dias de semana e 02 plantões noturnos em dias de fim de semana. (somente essa informação)		
Ano	Média Mensal em dias de Semana	Média Mensal em finais de Semana e Feriados
2014		
2015		
2016		
2017		
2018		
2019		
2020		
2021		
2022		
2023		

ATENÇÃO ENVIAR A DOCUMENTAÇÃO NO SEGUINTE EMAIL:

escritoriomarcioalmeidaadv@gmail.com

E CONFIRMAR O RECEBIMENTO MANDANDO MENSAGEM NO SEGUINTE **WHATSAPP: 67 9999-3072**

Ao enviar a mensagem diga que é do SINTE/PMCG e peça confirmação do recebimento do email.