

FICHA PARA ATENDIMENTO

Nome: _____

MASP: _____

DADOS ATUALIZADOS

DADOS DA AÇÃO

Tipo de Ação:

() Com Liminar () Sem liminar

Período solicitado:

Comarca:

Requer justiça gratuita: () Sim () Não

Valor das Custas:

Pago: () Delegado () Sindicato

Data do pagamento: _____

Obs. Reembolso: _____

BREVE RELATO DOS FATOS

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS RECEBIDOS PARA AJUIZAMENTO DA AÇÃO:

() Procuração

() Declaração de Hipossuficiência

() Cópia de Documento de Identificação – Tipo de Doc. IDENTIDADE

() Comprovante de Residência

() Comprovante de pagamento de Custas

() Contracheques – Período:

() Publicação de Aposentadoria

() Declaração para comprovação (Superior Hierárquico)

() Ofícios

() Escalas – Período: _____

() Outros documentos: _____

Declaro que as informações prestadas são expressões da verdade, responsabilizando-me civil e criminalmente pela integralidade de seu conteúdo.

Belo Horizonte, _____ de _____ de _____.

Assinatura: _____