

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Qualificação do Outorgante:

Nome: _____

Nacionalidade: _____ **Estado Civil:** _____

Profissão: _____ **C.P.F.:** _____

Cart. Ident.: _____ **Órgão** _____

Endereço: _____

_____ **CEP:** _____ **Telefone**

res.: _____ **cel.** _____ **trab.** _____

AUTORIZO expressamente o SINDICATO DOS TRABALHADORES EM SAUDE, TRABALHO E PREVIDENCIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, SINDSPREV/RJ, substituto processual na Reclamação Trabalhista, processo nº 1663/1990 (número CNJ 0166300-32.1990.5.01.0039 – RTOOrd), que tramita perante a 39ª Vara do Trabalho da Capital, a liquidar e executar os valores decorrentes da condenação do INSS, ao pagamento da diferença do PCCS

Declaro expressamente, ainda, que:

a) não recebi valores referentes a mesma rubrica ora pleiteada, pela via judicial;

b) autorizo o desconto, a título de honorários advocatícios, no valor equivalente a 3% (três por cento) do total a ser recebido, a ser consignada em folha de pagamento na época da quitação do RPV/PRECATÓRIO.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2011.

(Assinatura)