

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Devolução PSS

Pelo presente instrumento, o abaixo assinado e qualificado, autorizo ao advogado Geraldo Magela Hermógenes da Silva, inscrito na OAB/DF 1599-A, OAB/RJ 75.384 e OAB/BA 36.255, com escritório no SAUS- QUADRA 4, LOTES 9/10 – SALA 1140 – BRASÍLIA – CEP 70.070-040, a pleitear mediante o procedimento judicial adequado, a devolução do PSS, advindo da Execução Proposta de número 199934000037590, em curso perante a 6ª Vara Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal, ratificando nesta oportunidade o percentual de honorários contratuais de 12%(doze por cento), podendo ainda, tomar todas as providências judiciais e administrativas para tal fim.

_____ de _____ de 2017.

NOME: _____

CARTEIRA DE IDENTIDADE: _____ **CPF:** _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ **CEP:** _____

E-MAIL: _____

TELEFONES: (____) _____ / (____) _____

NÚMERO CONTA:

BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ **CONTA:** _____

ASSINATURA: _____

Observação: juntar cópia do último contracheque e carteira de identidade.