



Boaventura

ADVOGADOS ASSOCIADOS

TERMO DE CIÊNCIA DE HONORÁRIOS

Eu, _____
_____ (nome), brasileira (o), inscrito (a) no Registro
Geral sob o número _____ (número da identidade)
SSP/MT, cadastrado (a) no CPF sob o número
_____ (número do CPF), residente e domiciliado
(a) _____ à

_____ (endereço completo), CEP _____,
email: _____, Tel.: _____, declara para todos os

fins de direito que tomei conhecimento do contrato que foi
estabelecido pelo escritório **BOAVENTURA ADVOGADOS ASSOCIADOS
S/C**, CNPJ: 04.554.240/0001-99, representado pelo Dr. Bruno José
Ricci Boaventura, OAB/MT N° 9271 com o **SINDICATO DOS
SERVIDORES DO PODER JUDICIÁRIO FEDERAL DO ESTADO DE MATO
GROSSO – SINDIJUFE/MT**, em que se garante assistência jurídica
para todos os tipos de demandas que envolva a sua condição de
servidor público; (desde a nomeação, o efetivo exercício, sua
aposentadoria e a tutela do pensionista).

Caso me desfile do **SINDICATO DOS
SERVIDORES DO PODER JUDICIÁRIO FEDERAL DO ESTADO DE MATO
GROSSO – SINDIJUFE/MT** no decorrer do trâmite do processo
protocolado pela Assessoria Jurídica, declaro, desde já, ter a ciência
que me será cobrado os honorários advocatícios conforme a tabela da
Ordem dos Advogados do Brasil – OAB/MT, bem como se for o caso,
também o de 20% incidente sobre o valor do pagamento do crédito
proveniente da ação judicial.

Cuiabá, _____.

(Assinatura por extenso, em cima da linha).