



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 Nº 9271 com o **SINDICATO DOS
SERVIDORES DO PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE MATO GROSSO –
SINJUSMAT/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 DO ESTADO DE MATO GROSSO –
SINJUSMAT/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).