



**FOZ**  
SOCIEDADE DE ADVOGADOS

Entidade Conveniada: **UDEMOMO** SINDICATO DE ESPECIALISTAS DE EDUCAÇÃO DO  
MAGISTÉRIO OFICIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO

## Proposta de prestação de serviços

Advocatícios

Ação 21

DIREITO À PERCEPÇÃO DA VANTAGEM DA SEXTA-PARTE AOS SERVIDORES ADMITIDOS NOS TERMOS DA LEI 500/74, ABRANGIDOS PELO ARTIGO 205 DA LEI COMPLEMENTAR Nº 180/78.

Objetivo

O cumprimento do disposto no Artigo 129 da Constituição Estadual, com o pagamento da sexta-parte dos vencimentos integrais, após 20 (vinte) anos de efetivo exercício, aos servidores admitidos nos termos da Lei 500/74 - considerados função atividade.

Documentos Necessários

**1)** xerox do último hollerith; **2)** xerox da carteira de identidade; **3)** procuração preenchida e assinada igual a carteira de identidade; **4)** ESTA PROPOSTA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DEVIDAMENTE PREENCHIDA E ASSINADA; **5)** Caso o (a) Senhor (a) receba o hollerith como Benefício Previdenciário, favor providenciar também o último hollerith recebido em atividade.

Despesas Processuais

No ato da assinatura desta proposta, o interessado adiantará aos advogados a importância de R\$ 50,00 (cinquenta reais), para despesas no decorrer do processo.

Honorários

Nossos honorários, devido somente em caso de sucesso da ação, serão de 10% (dez por cento) sobre a importância total recebida. Em caso de improcedência da ação (perda), o servidor ficará responsável pelo pagamento dos honorários da sucumbência devidos ao Procurador do Estado.

A procuração ora outorgada para a competente AÇÃO ORDINÁRIA constitui-se Contrato de Locação de Serviços de Advocacia, tendo caráter irrevogável e irretroatável, prevalecendo o ora ajustado, mesmo nas hipóteses de revogação do mandado sem motivo justo e pagamento pela via Administrativa.

Pagamento ao cliente

Ao término da ação, a importância liberada pela (o) Ré(u) será creditada em sua conta corrente. Por este motivo, não deixe de preencher os itens correspondentes aos "DADOS BANCÁRIOS" constantes do formulário cadastral inserindo no verso desta proposta.

De acordo

De acordo com os termos desta proposta,

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Assinatura

[www.udemo.org.br](http://www.udemo.org.br)

Av. Ipiranga, 318 - Bloco B - 7ª andar - República - São Paulo - SP - CEP 01046-925 -  
Fone: (11) 3231-1755 - Fax: (11) 3258-7158 [udemo@udemo.org.br](mailto:udemo@udemo.org.br)

WILSON LUIS DE SOUSA FOZ  
ANTONIO JOSÉ DE SOUSA FOZ  
MARIA APARECIDA DIAS PEREIRA NARBUTIS  
MIRIAM DIAS PEREIRA DA COSTA  
DOMINGOS PIRES DE MATIAS  
JULIO BONAFONTE  
JOSÉ MAZOTTI NETO

FABIANO SCHWARTZMANN FOZ  
LUCIMAR DIAS DOS SANTOS  
SAMANTHA RODRIGUES DIAS MIHARA  
EDER DE CARVALHO  
NILTON DIAS PEREIRA  
MARCELO MAZOTTI  
ACÁCIO AUGUSTO ANDRADE JÚNIOR

FOZ SOCIEDADE DE ADVOGADOS  
RUA SENADOR PAULO EGÍDIO 72 - 6º ANDAR - CONJUNTO 601  
CENTRO - SÃO PAULO - SP - CEP 01006-904  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO COM CLIENTES (11) 3113-0100  
FONE (11) 3113 0101 - FAX (11) 3113 0129  
[FOZADVOGADOS@FOZADVOGADOS.COM.BR](mailto:FOZADVOGADOS@FOZADVOGADOS.COM.BR)  
[WWW.FOZADVOGADOS.COM.BR](http://WWW.FOZADVOGADOS.COM.BR)

Atenção: Não deixe de preencher o formulário no verso

# Formulário cadastral

## Ação 21

1. Favor preencher todos os itens possíveis com letra de forma e legível.
2. Os dados abaixo são fundamentais para a análise de direito e sua posterior localização.

ESTA AÇÃO É PARA:

SERVIDOR APOSENTADO OU EXONERADO  PENSIONISTA  HERDEIRO



### DADOS PESSOAIS

NOME			
RG	CPF	DATA DE NASCIMENTO / /	
ESTADO CIVIL		POSSUI DOENÇA GRAVE?	QUAL?
<input type="checkbox"/> SOLTEIRO (A) <input type="checkbox"/> CASADO (A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO (A) <input type="checkbox"/> VIÚVO (A) <input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
<b>É ISENTO (A) DE:</b> Recolhimento do Imposto de Renda em razão de aposentadoria por moléstia grave ou acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO (EM CASO AFIRMATIVO, ANEXAR DOCUMENTO COMPROBATÓRIO)			



### DADOS PARA CORRESPONDÊNCIA

ENDEREÇO RESIDENCIAL			
BAIRRO		CIDADE	
ESTADO	CEP	DDD	TELEFONE RESIDENCIAL
		DDD	CELULAR
		DDD	TELEFONE COMERCIAL
E-MAIL			
<b>INFORME OS DADOS DE DOIS FAMILIARES OU AMIGOS PARA FACILITAR SUA LOCALIZAÇÃO:</b>			
1. NOME		DDD	TELEFONE
2. NOME		DDD	TELEFONE

### DADOS BANCÁRIOS (fundamentais para pagamento)

BANCO	NÚMERO DA AGÊNCIA	NOME DA AGÊNCIA	CONTA CORRENTE
-------	-------------------	-----------------	----------------



### DADOS PROFISSIONAIS

Preencha apenas se for servidor ativo ou aposentado.

Está isento(a) de IPESP/IPREM?  SIM  NÃO  
Desconto Hospitalar (IAMSPE)?  SIM  NÃO

#### 1 - SITUAÇÃO FUNCIONAL

SECRETARIA/AUTARQUIA EM QUE TRABALHA OU TRABALHOU	DEPARTAMENTO
CARGO/FUNÇÃO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA A QUAL PERTENCE <input type="checkbox"/> MUNICIPAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> FEDERAL
REGIME DE CONTRATAÇÃO <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO <input type="checkbox"/> LEI 500 <input type="checkbox"/> CLT	DATA DE NOMEAÇÃO/DESIGNAÇÃO / /
APOSENTADO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DATA DE APOSENTADORIA / /
	DATA DE DEMISSÃO/EXONERAÇÃO / /

#### 2 - OUTRAS SITUAÇÕES FUNCIONAIS

Caso receba dois holleriths, informe abaixo o 2º cargo:

SECRETARIA/AUTARQUIA EM QUE TRABALHA OU TRABALHOU	DEPARTAMENTO
CARGO/FUNÇÃO	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA A QUAL PERTENCE <input type="checkbox"/> MUNICIPAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> FEDERAL
REGIME DE CONTRATAÇÃO <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO <input type="checkbox"/> LEI 500 <input type="checkbox"/> CLT	DATA DE NOMEAÇÃO/DESIGNAÇÃO / /
APOSENTADO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DATA DE APOSENTADORIA / /
	DATA DE DEMISSÃO/EXONERAÇÃO / /



### DADOS DO FALECIDO

Preencha apenas se for herdeiro(a), viúva (o) ou se recebe pensão de servidor público.

NOME			
RG	CPF	DATA DE FALECIMENTO / /	ESTADO CIVIL
SECRETARIA/AUTARQUIA EM QUE TRABALHOU		ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA <input type="checkbox"/> MUNICIPAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> FEDERAL	
CARGO/FUNÇÃO		DATA DE NOMEAÇÃO/DESIGNAÇÃO / /	
REGIME DE CONTRATAÇÃO <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO <input type="checkbox"/> LEI 500 <input type="checkbox"/> CLT		APOSENTADO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DATA DE APOSENTADORIA / /
			DATA DE DEMISSÃO/EXONERAÇÃO / /

Uso Foz

CONTROLE RECEPÇÃO <input type="checkbox"/> CORREIO <input type="checkbox"/> DIRETO <input type="checkbox"/> INDICAÇÃO	UDEMIO	DATA DO RECEBIMENTO / /	VISTA DO CLIENTE (CASO A DATA DO 'DE ACORDO' TENHA MAIS DE UM MÊS)
CONFERÊNCIA DA DOCUMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> CORRETO <input type="checkbox"/> INCORRETO CÓD.	CONFERÊNCIA DO DIREITO <input type="checkbox"/> TEM DIREITO <input type="checkbox"/> NÃO TEM	VISTO DE REGISTRO DE ENTRADA:	VISTO DE CONFERÊNCIA:
DOCUMENTOS PENDENTES	1ª SOLICITAÇÃO	DEVOLUÇÃO AO CLIENTE	CHEGADA DA RESPOSTA
			VISTO DE RESOLUÇÃO:

ATENÇÃO: Não deixe de assinar a proposta na frente.



**FOZ**  
SOCIEDADE DE ADVOGADOS

## PROCURAÇÃO

NOME (por extenso)				
RG	ORGÃO EMISSOR	CPF	DATA DE NASCIMENTO*	ESTADO CIVIL
CARGO/FUNÇÃO ATIVIDADE				APOSENTADO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ENDEREÇO RESIDENCIAL				
COMPLEMENTO		BAIRRO		
CIDADE			ESTADO	CEP

pelo presente instrumento particular de procuração, nesta e na melhor forma de direito, nomeia e constitui seus advogados e bastante procuradores os DRS. WILSON LUÍS DE SOUSA FOZ, brasileiro, casado, inscrito na O.A.B./SP sob nº 19.449, ANTONIO JOSÉ DE SOUSA FOZ, brasileiro, casado, inscrito na O.A.B./SP sob nº 25.994, MARIA APARECIDA DIAS PEREIRA NARBUTIS, brasileira, casada, inscrita na O.A.B./SP sob nº 77.001, MIRIAM DIAS PEREIRA DA COSTA, brasileira, casada, inscrita na O.A.B./SP sob nº 102.178, DOMINGOS PIRES DE MATIAS, brasileiro, casado, inscrito na O.A.B./SP sob nº 112.803, JULIO BONAFONTE, brasileiro, casado, inscrito na O.A.B./SP sob nº 123.871, FABIANO SCHWARTZMANN FOZ, brasileiro, casado, inscrito na O.A.B.- SP sob nº 158.291, LUCIMAR DIAS DOS SANTOS, brasileira, divorciada, inscrita na O.A.B./SP sob nº 201.250, SAMANTHA RODRIGUES DIAS MIHARA, brasileira, casada, inscrita na O.A.B./SP sob nº 201,504, NILTON DIAS PEREIRA, brasileiro, casado, inscrito na O.A.B./SP sob o nº 233.266, MARCELO MAZOTTI, brasileiro, solteiro, inscrito na O.A.B./SP sob nº 256.540 e EDER DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, inscrito na O.A.B./SP sob nº 261.313 integrantes da FOZ SOCIEDADE DE ADVOGADOS, inscrita no C.N.P.J. sob nº 53.131.157/0001-12 e registrada na O. A .B/SP sob nº 638, todos com Escritório nesta Capital, na Rua Senador Paulo Egídio, 72 - 6º andar - conjunto 601 CEP 01006-904 - Fone (11) 3113-0100, aos quais confere, independentemente da ordem de nomeação, os poderes contidos na cláusula "ad judicium et extra" para, em conjunto ou isoladamente, promover ação ordinária contra a Fazenda do Estado de São Paulo ou Autarquias Estaduais, objetivando diferenças de vencimentos ou proventos, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo para tanto, usar dos recursos legais, tais como: pedido de intervenção, sequestro, mandado de segurança e ação rescisória, desistir, transigir, firmar acordos, renunciar, receber e dar quitação, efetuar levantamentos ou depósitos, substabelecer, praticar, enfim, todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

São Paulo,

**FAVOR ASSINAR IGUAL A CARTEIRA DE IDENTIDADE**

WILSON LUIS DE SOUSA FOZ  
ANTONIO JOSÉ DE SOUSA FOZ  
MARIA APARECIDA DIAS PEREIRA NARBUTIS  
MIRIAM DIAS PEREIRA DA COSTA  
DOMINGOS PIRES DE MATIAS  
JULIO BONAFONTE  
JOSÉ MAZOTTI NETO

FABIANO SCHWARTZMANN FOZ  
LUCIMAR DIAS DOS SANTOS  
SAMANTHA RODRIGUES DIAS MIHARA  
EDER DE CARVALHO  
NILTON DIAS PEREIRA  
MARCELO MAZOTTI  
ACÁCIO AUGUSTO ANDRADE JÚNIOR

FOZ SOCIEDADE DE ADVOGADOS  
RUA SENADOR PAULO EGÍDIO 72 - 6º ANDAR - CONJUNTO 601  
CENTRO - SÃO PAULO - SP - CEP 01006-904  
CENTRAL DE RELACIONAMENTO COM CLIENTES (11) 3113-0100  
FONE (11) 3113 0101 - FAX (11) 3113 0129  
FOZADVOGADOS@FOZADVOGADOS.COM.BR  
WWW.FOZADVOGADOS.COM.BR