

Proposta de prestação de serviços

Advocacios

Ação **245 - GAM**

GRATIFICAÇÃO POR ATIVIDADE DE MAGISTÉRIO - GAM PARA SERVIDORES APOSENTADOS DA SECRETARIA DA EDUCAÇÃO - QUADRO DO MAGISTÉRIO (**EXCETO** servidores aposentados que recebem o hollerith como Benefcio Previdenciário - código 1026)

O bjetivo

Propositura de ação judicial contra a Fazenda do Estado de São Paulo para obter o valor da **GRATIFICAÇÃO POR ATIVIDADE DE MAGISTÉRIO - GAM**, instituída pela Lei Complementar n 977/05, a partir de **1 DE SETEMBRO DE 2.005**, com juros e correção monetária, pagas aos servidores da ativa e não extensiva aos aposentados, conforme determina o artigo 40 da Constituição Federal, com nova redação dada pela Emenda Constitucional n 41/2003.

D ocumentos Necessários

1) xerox do último hollerith; **2)** xerox da carteira de identidade; **3)** xerox da publicação de sua aposentadoria no Diário Oficial ou qualquer documento da Administração que comprove a referida data; **4)** procuração preenchida e assinada igual a carteira de identidade; e **5)** ESTA PROPOSTA DE PRESTAÇÃO DE SERVIO DEVIDAMENTE PREENCHIDA E ASSINADA.

D espesas

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.

H onorrios

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 Servios de Advocacia, tendo caráter irrevogável e irretratável, prevalecendo o ora ajustado, mesmo nas hipóteses de revogação do mandado sem motivo justo e pagamento pela via Administrativa.

P agamento ao cliente

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

D e acordo

De acordo com os termos desta proposta,

Nome: _____

RG: _____

São Paulo, ____/____/____

Assinatura

www.udemo.org.br

Av. Ipiranga, 318 - Bloco B - 7 andar - República - São Paulo - SP - CEP 01046-925
Fone: (11) 3231-1755 - Fax: (11) 3258-7158 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 EGIDIO 72 - 6 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

Formulário cadastral

Ação 245

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

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
É ISENTO (A) DE: 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			
INFORME OS DADOS DE DOIS FAMILIARES OU AMIGOS PARA FACILITAR SUA LOCALIZAÇÃO:			
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	DATA DE NOMEAÇÃO/DESIGNAÇÃO	APOSENTADO?	DATA DE APOSENTADORIA	DATA DE DEMISSÃO/EXONERAÇÃO
<input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO <input type="checkbox"/> LEI 500 <input type="checkbox"/> CLT	/ /	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	/ /	/ /

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	DATA DE NOMEAÇÃO/DESIGNAÇÃO	APOSENTADO?	DATA DE APOSENTADORIA	DATA DE DEMISSÃO/EXONERAÇÃO
<input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO <input type="checkbox"/> LEI 500 <input type="checkbox"/> CLT	/ /	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	/ /	/ /



DADOS DO FALECIDO

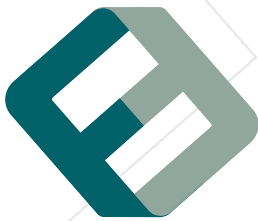
Preencha apenas se for herdeiro(a), viúva(o) ou se recebe pensão de servidor público.

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	APOSENTADO?	DATA DE APOSENTADORIA	DATA DE DEMISSÃO/EXONERAÇÃO
<input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO <input type="checkbox"/> LEI 500 <input type="checkbox"/> CLT	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	/ /	/ /

Uso Foz

CONTROLE RECEPÇÃO	UDEMO	DATA DO RECEBIMENTO / /	VISTA DO CLIENTE (CASO A DATA DO 'DE ACORDO' TENHA MAIS DE UM MÊS)
<input type="checkbox"/> CORREIO <input type="checkbox"/> DIRETO <input type="checkbox"/> INDICAÇÃO			
CONFERÊNCIA DA DOCUMENTAÇÃO	CONFERÊNCIA DO DIREITO	VISTO DE REGISTRO DE ENTRADA:	VISTO DE CONFERÊNCIA:
<input type="checkbox"/> CORRETO <input type="checkbox"/> INCORRETO CÓD.	<input type="checkbox"/> TEM DIREITO <input type="checkbox"/> NÃO TEM		
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 no 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