

DOCUMENTOS AÇÃO LICENÇA SAÚDE NEGADA

(JURÍDICO CENTRAL)

PREENCHER, ASSINAR E RECONHECER FIRMA (ou assinar igual ao documento de identidade fornecido):

PROCURAÇÃO;

DECLARAÇÃO IMPROCEDÊNCIA;

PREENCHER E ASSINAR:

DECLARAÇÃO HIPOSSUFICIÊNCIA;

AUTORIZAÇÃO DE AÇÃO JUDICIAL

CÓPIA:

RG;

CPF;

COMPROVANTE DE ENDEREÇO;

3 ÚLTIMOS HOLERITES;

DEPÓSITO AÇÃO JUDICIAL.

PARA CADA LICENÇA NEGADA:

RELATÓRIO DE LICENÇA NEGADA;

CÓPIA: ATESTADOS MÉDICOS;

RELATÓRIOS MÉDICOS;

PROTOCOLO RECONSIDERAÇÃO;

RECONSIDERAÇÃO DPME;

PROTOCOLO RECURSO;

RECURSO SECRETÁRIO;

PUBLICAÇÃO OFICIAL;

DEPÓSITO AÇÃO JUDICIAL APEOESP:

BANCO SANTANDER AG: 0001 C/C: 13.016028-2

CHAVE PIX: juridico@apeoesp.org.br

VALOR: R\$ 80,00



PROCURAÇÃO
"AD JUDICIA ET EXTRA"

Pelo _____ presente _____ instrumento _____ particular
(NOME) _____,
estado civil _____, RG nº _____, CPF/MF nº _____,
_____, Professor(a) Educação Básica _____,
Categoria _____, residente e domiciliada na
Rua/Av. _____,
nº _____, cidade _____, Estado _____, CEP:
_____, end.eletr.: _____ @ _____,

tel:(_____) _____, nomeia e constitui seus bastante procuradores os advogados,
CESAR RODRIGUES PIMENTEL, OAB/SP 134.301, CPF 087.415.548-76, **ADRIANA ANDRÉA DOS SANTOS**, OAB/SP 154.168, CPF 113.480.168-84, **FERNANDA LINGE DEL MONTE**, OAB/SP 156.870, CPF 136.236.298-04, **MARCUS VINICIUS THOMAZ SEIXAS**, OAB/SP 228.902, CPF 262.500.448-76, **CHRISTIANE TORTURELLO**, OAB/SP 176.823, CPF 206.603.038-41, **TATIANA SOARES DE SIQUEIRA**, OAB/SP 267.298, CPF 263.213.268-10, **FRANSSILENE DOS SANTOS SANTIAGO**, OAB/SP 265.756, CPF 082.787.778-10, **PATRICIA LAFANI VUCINIC**, OAB/SP 196.889, CPF 169.918.498-47, **TALES CUNHA CARRETERO**, OAB/SP 318.833, CPF 356.600.838-97, **JOSÉ BENEDITO DA SILVA**, OAB/SP 336.296, CPF 060.711.354-51, **MEIRE ANA DE OLIVEIRA**, OAB/SP 160.406, CPF 128.600.978-21, **LEONELA TAÍS DA SILVA**, OAB/SP 393.344, CPF 231.016.718-50, **LUIZ ALBERTO LEITE GOMES**, OAB/SP 359.122, CPF 316.696.238-74, **LUIZ BARBOSA DE ARAÚJO**, OAB/SP 179.601, CPF 046.277.988-22, **LEDA DOS SANTOS RAMOS**, OAB/SP 371.207, CPF 156.841.888-42, **SARA TEIXEIRA DE JESUS**, OAB/SP 432.182, CPF 403.285.818-79 e os estagiários **GILDEMAR CORRÊIA LIMA**, RG 14.615.410-1, CPF 046.355.438-89, todos com endereço à Praça da República, 282 - Centro - São Paulo - SP, aos quais ,outorga amplos e gerais poderes da cláusula "Ad Judicia et extra", para o foro e à administração em geral em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, requerer gratuidade processual, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda, substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes dando tudo por bom, firme e valioso.

São Paulo, _____ de _____ de _____

(Atenção, preencher em letra de forma e reconhecer firma)



SINDICATO DOS
PROFESSORES DO ENSINO OFICIAL
DO ESTADO DE SÃO PAULO
Filiado à **CNE** e **CUT**

DECLARAÇÃO

Declaro, para os fins de direito que eu, (nome)

_____,
(nac)_____,(estado civil)_____, portador(a) da
Cédula de Identidade RG nº_____, inscrito (a) no CPF/MF sob
o nº_____, residente e domiciliado (a) à (Rua, Av.,
etc)_____

Município de _____, Estado de São Paulo, estou ciente de
que em caso de PROCEDÊNCIA da ação que, a meu pedido, será ajuizada pelo
Departamento Jurídico da APEOESP – Sindicato dos Professores do Ensino Oficial do
Estado de São Paulo, os valores correspondentes serão levantados dos autos, no
momento determinado pelo Juízo, e repassados à APEOESP, que, após checar meus
dados cadastrais, me repassará o que for devido.

E, em caso de IMPROCEDÊNCIA (perda) de ação
igualmente ajuizada pela entidade, ficarei inteiramente responsável pelo pagamento
dos honorários do advogado da parte contrária, exceto em caso de Mandado de
Segurança.

Declaro, também, que estou ciente que a
manutenção do processo gera custos operacionais que são suportados pelas
mensalidades dos associados e, desta forma, se decidir pela desfiliação da APEOESP
enquanto o processo estiver em trâmite, deverei indicar novo advogado para o
patrocínio da demanda no prazo de dez dias da tramitação da opção de desfiliação ou
deverei pagar 20 % (vinte por cento) do valor do crédito a que tiver direito à
APEOESP, hipótese em que a ação continuará a ser patrocinada pelo departamento
jurídico da APEOESP.

Escolhendo a segunda opção, desde já autorizo a
retenção do percentual de 20 % (vinte por cento) diretamente nos autos do processo.

Finalmente, declaro estar ciente que ao acionar o
departamento jurídico da APEOESP para patrocinar minha demanda, há incremento
nos seus custos operacionais, razão pela qual concordo expressamente que me
sejam retidos 2,8% (dois inteiros e oito décimos por cento) do valor bruto do benefício
econômico obtido com a demanda a título de ressarcimento destas despesas
operacionais.

Por fim, declaro que estou ciente e de acordo com a
DIGITALIZAÇÃO e posterior DESTRUIÇÃO da presente declaração.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente
perante duas testemunhas.

(nome – reconhecer firma)

Testemunhas:

1ª _____

(nome e RG)

2ª _____

(nome e RG)

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, _____,
brasileiro (a), est. Civil _____,
_____ (profissão), portador (a) do RG n°
_____ e do CPF n° _____,
residente e domiciliado (a) na _____
_____, n° _____, Bairro
_____, _____-SP, declaro para
os devidos fins que não posso suportar o ônus decorrente de
custas, despesas processuais e honorários advocatícios, sem
prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser verdade, firmo a presente declaração
para que produza seus efeitos legais e jurídicos.

São Paulo, ___ de _____ de 202__.

ASSINATURA

A U T O R I Z A Ç Ã O

Eu, _____,

RG _____, autorizo a **APEOESP** Sindicato Estadual dos

Professores a impetrar a seguinte ação judicial: _____

_____, de acordo com

a documentação anexa.

São Paulo, _____ de _____ de 20____

Assinatura do (a) associado (a)

Telefone residencial: _____

Telefone Comercial: _____

Celular: _____

E-mail: _____

Relatório de Licenças Negadas nos últimos cinco anos (preencher um relatório para cada uma das licenças negadas):

Data de expedição da Guia de Perícia Médica: _____

Data da publicação do primeiro despacho do DPME indeferindo a concessão da licença:

Qual o período exato pretendido de licenciamento?

Foi interposto pedido de reconsideração? Em que Data?

O pedido de reconsideração foi decidido? Quando?

Foi interposto recurso para o Secretário de Saúde ou de Gestão Pública? Em que data?

O recurso foi decidido? Quando? _____

Foi convocado para nova perícia em razão dos recursos? Quando?

Caso não tenha comparecido à nova perícia, qual o motivo?

_____ (enviar documentos comprobatórios do motivo alegado, caso tenha).

Relatório de Licenças Negadas nos últimos cinco anos (preencher um relatório para cada uma das licenças negadas):

Data de expedição da Guia de Perícia Médica:_____

Data da publicação do primeiro despacho do DPME indeferindo a concessão da licença:

Qual o período exato pretendido de licenciamento?

Foi interposto pedido de reconsideração? Em que Data?

O pedido de reconsideração foi decidido? Quando?

Foi interposto recurso para o Secretário de Saúde ou de Gestão Pública? Em que data?

O recurso foi decidido? Quando? _____

Foi convocado para nova perícia em razão dos recursos? Quando?

Caso não tenha comparecido à nova perícia, qual o motivo?

_____ (enviar
documentos comprobatórios do motivo alegado, caso tenha).