

ÚLTIMA CONVOCAÇÃO PARA RECEBER OS ATRASADOS DA GDPGTAS

A grande maioria dos Aposentados e Pensionistas federais, que estão listados no Mandado de Segurança nº **0003121-70.2012.4.01.4100** e que tem como objetivo receber os atrasados da gratificação **GDPGTAS**, já se habilitaram e apresentaram os documentos necessários para receber os valores atrasados, que variam entre R\$ 15.000,00 a R\$ 50.000,00, brutos.

Entretanto, foi verificado que Vossa Senhoria **ainda não apresentou a documentação necessária** para a habilitação no referido processo, que já está em fase de pagamento.

Esclarecemos que, caso persista tal situação, o pagamento dos valores atrasados não poderá ser feito, e Vossa Senhoria não receberá a quantia que lhe é devida, apesar de todo o trabalho desenvolvido pela ABASP, e os respectivos advogados.

Dessa forma, a Associação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas do Serviço Público Federal - **ABASP** convoca, pela última vez os listados na Ação Coletiva, para apresentarem os documentos necessários para a habilitação, **que deverão ser enviados até o dia 30 de março de 2020**, para o endereço abaixo informado, sob pena de perda do direito, ou comparecer pessoalmente no atendimento presencial que será realizado entre os dias **02 a 13 de março de 2020, das 08h às 17 horas, no Hotel Larison localizado na Av. Carlos Gomes, 756 - São Cristóvão, Porto Velho-RO, CEP 76.801-150, com os seguintes documentos:**

SE VOCÊ É APOSENTADO REÚNA A SEGUINTE DOCUMENTAÇÃO:

- 1) Preencha a **PROCURAÇÃO e os demais anexos e assine-os;**
- 2) Providencie cópia da identidade, CPF e comprovante de residência em nome próprio;
- 3) Providencie cópia de qualquer **contracheque ano 2003 ou ato de concessão da sua aposentadoria;**
- 4) Providencie cópia de qualquer **contracheque ano 2007;**
- 5) Remeta a documentação acima solicitada para o endereço da **ABASP**.

SE VOCÊ É PENSIONISTA REÚNA A SEGUINTE DOCUMENTAÇÃO:

- 1) Preencha a **PROCURAÇÃO e os demais anexos e assine-os;**
- 2) Providencie cópia da identidade, CPF e comprovante de residência em nome próprio;
- 3) Providencie cópia de qualquer **contracheque ano 2007;**
- 4) Remeta a documentação acima solicitada para o endereço da **ABASP**.

Se o titular com direito aos atrasados estiver falecido, os herdeiros precisam entrar em contato com a **ABASP** pelos telefones (61) 3201-0108 e (61) 2109-0009 ou pelo whatsapp (61) 99139-4554 e (61) 2109-0009, vez que em caso de falecimento do beneficiário listado, serão estudadas as possibilidades de habilitação de herdeiro, desde que o óbito tenha ocorrido em data posterior ao ajuizamento da ação: **10/04/2012**.

Reiteramos que a documentação deverá ser encaminhada para o endereço da **ABASP**, no SCS - Quadra 08 - Edifício Venâncio 2000, Bloco B-50 - 3º Andar - Sala 310, Brasília DF - CEP 70.333-900.

Em caso de dúvidas, colocamo-nos à disposição, também, por telefone: (61) 3201-0108 ou (61) 2109-0009.

Visite o nosso site e obtenha mais informações (www.abasp.org.br)

Atenciosamente,

José Barbosa Calado Júnior
Diretor

FICHA DE FILIAÇÃO

Indique sua situação: Aposentado Pensionista Servidor em atividade

Nome:

Nacionalidade:

Estado Civil:

Casado(a) Solteiro(a) Divorciado(a) Separado(a) Viúvo(a)

Sexo:

Masculino Feminino

Data de Nascimento:

___/___/___

CPF:

Identidade (RG):

Órgão Emissor:

DADOS DO BENEFÍCIO

SIAPE

SIAPE DO INSTITUIDOR
Apenas Pensionistas:

Início da Aposentadoria:
ou Pensão

Órgão ao qual é vinculado(a):

DADOS PARA CONTATO

Endereço:

Bairro:

Número:

Complemento: aptº, lote, bloco, quadra

Cidade:

UF:

CEP:

DDD:

Fone (Residencial)

Celular:

E-mail:

Ciente e de acordo com o Art. 24, Inciso 1º do Estatuto Social

_____ de _____ de 20____

Assinatura do(a) Filiado(a)

PROCURAÇÃO

Nome: _____

Estado Civil: _____ Matrícula SIAPE: _____

CPF: _____ Identidade: _____ Dat Nas: ____/____/____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone fixo: _____ Celular: _____

e-mail: _____ Início do Benefício: ____/____/____

Indique sua situação funcional: Aposentado Pensionista Servidor em atividade

Órgão: _____ Cargo: _____

Nomeio e constituo como meu procurador, **LINO DE CARVALHO CAVALCANTE**, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/DF 18.841, com endereço profissional desde 12/01/2000, no SBS, QD.02, Bloco S, Sala 1005, Ed Empire Center, CEP 70.070-904, Brasília - DF, e endereço eletrônico: contato@carvalhocavalcante.com.br, integrante da sociedade de advogados **ADVOCACIA CARVALHO CAVALCANTE**, CNPJ 07.440.576/0001-19, registrada na OAB/DF sob o nº 1.019/04, a quem confere amplos e gerais poderes para o **FORO EM GERAL**, inclusive os poderes da cláusula **AD JUDICIA** e **ET EXTRA**, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, especialmente, para mover ação judicial de revisão de aposentadoria/pensão, liquidação e execução individual em ação coletiva, podendo confessar, desistir, renunciar, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação de valores provenientes da Justiça Federal, podendo substabelecer, com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso e tudo o mais que se fizer necessário para o fiel cumprimento deste mandato, inclusive podendo requerer e extrair cópias de quaisquer documentos necessários à propositura da ação, ou que forem requisitados pelo juízo.

Declaro que não possuo ação com o mesmo objeto da presente causa em curso ou finda (com resolução do mérito) nesta seção ou em outra subseção judiciária. Estou ciente de que esta afirmação produzirá todos os efeitos legais.

Justiça Gratuita: Declaro que não disponho de meios para custear despesas processuais, sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família. Pleiteando o benefício da gratuidade de justiça, amparado (a) na Lei 1.060/50.

Honorários Advocatícios Contratuais: Autorizo, em caso de êxito da ação, que a Justiça Federal faça o desconto e pagamento, a Advocacia Carvalho Cavalcante, CNPJ 07.440.576/0001-19, representada por Lino de Carvalho Cavalcante, OAB/DF 18.841, do percentual de 30% (trinta por cento) a título de honorários contratuais, sobre o valor bruto da condenação, inclusive sobre acordo, se houver. Informo que não paguei nenhum valor adiantado ao advogado e que nada me será cobrado até o êxito da ação. Em eventual derrota, nenhum valor será devido ao advogado.

_____ de _____ de 20____.

Assinatura

CONTRATO DE HONORÁRIOS

Cláusula Primeira: Contratantes: Celebram o presente Contrato de Honorários advocatícios, de um lado, **ADVOCACIA CARVALHO CAVALCANTE, CNPJ 07.440.576/0001-19**, representada pelo seu Sócio Administrador **LINO DE CARVALHO CAVALCANTE**, advogado, inscrito na OAB/DF sob nº 18.841, com escritório profissional no SBS QD. 02, Bl. S, sala 1005, Edf. Empire Center, CEP 70.070-904, Brasília - DF, doravante denominado **CONTRATADO**, e de outro:

Nome: _____

Estado Civil: _____ Matrícula SIAPE: _____

CPF: _____ Identidade: _____ Dat Nas: ____/____/____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone fixo: _____ Celular: _____

e-mail: _____ Início do Benefício: ____/____/____

Indique sua situação funcional: Aposentado Pensionista Servidor em atividade

Órgão: _____ Cargo: _____

doravante denominado simplesmente **CONTRATANTE**.

Cláusula Segunda: Objeto: O presente pacto tem como finalidade específica a prestação de serviços profissionais de advocacia, para ajuizar ações revisionais e de cobrança contra a União Federal, e suas entidades da administração indireta, e, também pedir liquidação a execução individual em ação coletiva, bem como ações trabalhistas em geral.

Cláusula Terceira: Valor: O (a) **CONTRATANTE** pagará ao **CONTRATADO**, em remuneração aos serviços aludidos, a importância correspondente a 30% (trinta por cento) sobre os atrasados (valor bruto), acordo judicial ou administrativo da habilitação (valor bruto da condenação), por dedução da quantia a ser recebida pelo (a) **CONTRATANTE** (art 22, § 4º da Lei 8.906/94), desde já autorizado expressamente a título de honorários advocatícios.

Parágrafo Único: O (a) **CONTRATANTE** declara que não pagou nenhum valor adiantado ao **CONTRATADO** para a propositura da ação, objeto do presente contrato.

Cláusula Quarta: Foro: Fica eleito o foro de Brasília - DF para a solução de quaisquer dúvidas emergentes do presente contrato.

Assim, por estarem justos e contratados, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

_____ de _____ de 20____

Contratante

Advocacia Carvalho Cavalcante
Contratada

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA JUSTIÇA GRATUITA

Nome: _____

Estado Civil: _____ Matrícula SIAPE: _____

CPF: _____ Identidade: _____ Dat Nas: ____/____/____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone fixo: _____ Celular: _____

e-mail: _____ Início do Benefício: ____/____/____

Indique sua situação funcional: Aposentado Pensionista Servidor em atividade

Órgão: _____ Cargo: _____

Declaro para fazer prova junto à Justiça Comum, Federal ou do Trabalho, que não disponho de meios para custear despesas processuais, nesse sentido pleiteio o benefício da gratuidade de justiça, amparado (a) na Lei 1.060/50 c/c a Lei 7.115/83, e dessa forma estou ciente de que esta afirmação produzirá todos os efeitos legais.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura