

# Formulário – Solicitação de pagamento administrativo – Advogado Dativo - Núcleo de Dativos

## Dados do Advogado Dativo

Nome			
Endereço (completo com CEP)			
E-mail			
CPF			
OAB			
NIT (número de inscrição do trabalhador)			
Comarca de inscrição na OAB			
Há Defensoria Pública implantada	Sim		Não
Justificativa para nomeação			

## Dados bancários

Banco (nome e código)	Agência	Conta Corrente
<i>Os dados bancários deverão ser de conta corrente não conjunta e de titularidade do advogado requerente.</i>		

## Certidões Anexas (máximo de 10 certidões)

	Número CNJ	Valor da certidão	Juízo
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

1. O(a) advogado(a) declara que está ciente dos termos do art. 5º da Resolução Conjunta AGE/OABMG nº 01, de 06/08/2012 (DOMG de 07/08/2012), a saber: 'A Advocacia-Geral do Estado reterá a parcela referente ao INSS, nos termos da lei, e fará o regular recolhimento.'
2. O(a) advogado(a) requerente se responsabiliza, com exclusividade, pelo pagamento direto do ISSQN que houver junto à Municipalidade.
3. O(a) advogado(a) declara, sob as penas da lei, que não possui qualquer processo judicial de cobrança que tenha por objeto as mesmas certidões ora apresentadas.
4. O(a) advogado(a) declara, também, que sua nomeação atende aos termos do art. 6º do Decreto Estadual nº 45.898/2012.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente / Data

### Documentos que devem acompanhar este formulário:

- 1 - Certidão(ões) original(ais),
- 2 - Justificativa da nomeação (no caso de haver Defensoria Pública implantada na Comarca),
- 3 - Informativo SISCON ou PROJUDI de cada processo constante da solicitação.

Anexo de Pagamento

Advogado Dativo Administrativo - IMPRIMIR NO VERSO

Advogado	
CPF	
OAB	
NIT (número de inscrição do trabalhador)	
Comarca de inscrição na OAB	

Dados bancários

Banco (nome e código)	Agência	Conta Corrente

	Processo/certidão	Bruto	IR	INSS	ISS	LIQUIDO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
	<b>TOTAL</b>					

Autorizo o pagamento

_____ Procurador Responsável	_____ Data
_____ Procurador Ordenador de Despesa	_____ Data

<b>Entrada na PT</b>

<b>Nº da OP</b>

IMPRIMIR NO VERSO