

PROCURAÇÃO (PERICULOSIDADE – INSALUBRIDADE - INSS)

NOME: _____

FILIAÇÃO: _____

NACIONALIDADE: _____, ESTADO CIVIL: _____,

PROFISSÃO: _____, ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____, BAIRRO: _____,

CEP: _____, RG: _____, CPF: _____,

TEL. PARA CONTATO: _____ SIAPE: _____,

abaixo assinado(a), por este instrumento particular de mandato, nomeia e constitui seu bastante procurador TRINDADE E ARZENO ADVOGADOS ASSOCIADOS, inscrito na OAB/PR sob o nº 631, e no CNPJ/MF sob o nº 03.242.615/0001-12, localizado na cidade de Curitiba, na Rua Fernando Amaro, 71 Alto da XV, Curitiba/Pr, onde recebem intimações, por seus advogados o Dr. MARCELO TRINDADE DE ALMEIDA, advogado, inscrito na OAB-PR sob nº. 19.095, Dr. JOÃO LUIZ ARZENO DA SILVA, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 23.510-B, Dr. FLÁVIO JOSÉ SOUZA DA SILVA, advogado, inscrito na OAB/PR sob o nº 35.358B, a Dr^a MICHELE MILANEZ SCHNEIDER, advogada, OAB/PR sob o nº 35.914, e a Dr^a ANA PAULA BRANDT, advogada, OAB/PR nº 25.882, onde recebem intimações, para fins de o representar, judicial e/ou administrativamente, junto à **UNIÃO FEDERAL (INSS)**, ou a quem de direito, para o que concede os poderes constantes das cláusulas "ad judicium" e "extra judicium", bem como os especiais de transigir, desistir, renunciar, receber, dar quitações, firmar termos de compromisso, acordar, anuir, levantar suspeições, propor ação rescisória, e todos os demais que se façam necessários ao bom e completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecê-lo, total ou parcialmente, com ou sem reservas, com a finalidade específica de pedir a conversão do tempo de serviço trabalhado em condições de periculosidade/insalubridade para o seu equivalente em atividades normais e posterior aposentadoria.

_____, _____ de _____ de 200 ____.

ASSINATURA COM FIRMA RECONHECIDA

Para entrar com a ação são necessários os seguintes documentos:

1. Procuração com firma reconhecida;
2. PPP – Perfil Profissiográfico Previdenciário, conforme IN nº 80 do INSS, fornecido pelo Setor de Recursos Humanos, ou SB-40, ou DIRBENS no caso de ser apresentado o SB-40 ou DIRBENS, estes deverão ser acompanhados de cópia autenticada do laudo de insalubridade do local onde trabalhou sob tais condições;
3. **ANEXAR CÓPIA DO ÚLTIMO CONTRA-CHEQUE, RG e CPF**
4. Declaração para fins de assistência judiciária gratuita. (Válida somente para quem ganha até 10 salários mínimos líquidos).

OBS.: Ação exclusiva para filiados do SINDPREVS-PR

REQUERIMENTO ESPECIAL (TEMPO DE SERVIÇO – CLT)

_____, ____ de _____ de 200____.

AO
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS.

Através do presente instrumento, eu _____
_____, R.G. Nº _____,
Matricula do SIAPE Nº: _____, residente na Rua
_____,
Bairro: _____, Cidade: _____ - PR -
CEP: _____, lotado no _____

_____, solicito a expedição do competente documento,
contendo a especificação do período trabalhado em condições insalubres ou perigosas,
sob o regime da CLT, para que sejam acrescidos os fatores de conversão, do período
trabalhado em tais condições. Caso seja possível, fornecer também o laudo de
insalubridade/periculosidade do local onde trabalhei em tais condições.

ASSINATURA

DECLARAÇÃO

Declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com pagamento das custas do processo em epígrafe, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família nos termos do art. 5º, inciso LXXIV da Constituição Federal e da lei 1.060/50.

_____, ____ de _____ de 200__.

ASSINATURA DECLARANTE

(Não é necessário reconhecer firma)

Nome:

RG:

CPF:

Matricula Siape: