

## PROCURAÇÃO (PERICULOSIDADE – INSALUBRIDADE - MS)

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<sup>a</sup> MICHELE MILANEZ SCHNEIDER, advogada, OAB/PR sob o nº 35.914, e a Dr<sup>a</sup> 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE)**, 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 substabelece-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:**