

AÇÃO DE REVISÃO DO GRAU DA INSALUBRIDADE

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

1. Cópia da publicação da concessão do adicional de insalubridade atual
2. Cópia do processo administrativo negando a revisão
3. Cópia do rol de atividades
4. Cópia do RG e CPF
5. Cópia dos três últimos holerites
6. Se foi transferido, cópia da publicação da transferência no Diário Oficial
7. Procuração preenchida e assinada
8. Declaração de isenção de custas escrita de próprio punho e assinada



Sede

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA” e “ET EXTRA”

NOME: _____
NACIONALIDADE: _____
ESTADO CIVIL: _____
DATA DE NASCIMENTO: _____
PAI _____
MÃE _____
RESIDÊNCIA: _____
CIDADE: _____ CEP: _____
PROFISSÃO /FUNÇÃO: _____
RG: _____ RSPV: _____
CPF: _____ DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____
CARTEIRA DE TRABALHO Nº _____ SÉRIE _____
PIS: _____

Pelo presente instrumento de procuração **nomeia** e constitui seus bastantes procuradores a sociedade de advogados **APARECIDO INÁCIO e PEREIRA, advogados associados**, inscrita na OAB/SP sob n. 3345 e CNPJ n. 01.495.111/0001-89, neste ato representada por seu titulares o advogado **Aparecido Inácio**, inscrito na OAB/SP sob n. 97.365 e **Moacir Aparecido Matheus Pereira**, inscrito na OAB/SP sob n. 116.800, sita na Rua Martins Fontes, 197 conj. 83/84 – CEP. 01050.906, Centro, em São Paulo – Capital, a quem confere amplos poderes para o fôro geral, com a cláusula “ad judicial et extra” em qualquer juízo, órgãos da administração pública direta e indireta, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo (a) 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, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, *inclusive para: Ação de Revisão do Grau da Insalubridade*

LOCAL E DATA: _____ de _____ de _____

ASSINATURA: _____



MODELO **(COPIAR À MÃO EM OUTRA FOLHA)**

DECLARAÇÃO

~~DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE NÃO POSSO ARCAR COM AS CUSTAS DO PROCESSO SEM PREJUÍZO DE MEU SUSTENTO E DE MINHA FAMÍLIA.~~

LOCAL E DATA

ASSINATURA



Sede

Central: R. Cardeal Arcoverde, 119 • 05407-000 • Pinheiros • São Paulo • sindsaude@sindsauesp.org.br
www.sindsauesp.org.br • Tel.: (11) 3083-6100 • Fax: (11) 3083-0261