

SINTEP

Sindicato dos Trabalhadores
do Centro Paula Souza

ADICIONAL DE INSALUBRIDADE / CELETISTA RETROATIVO

Documentos necessários:

1. Procuração preenchida sem abreviações e assinada;
2. Declaração de Pobreza preenchida e assinada;
3. Cópia simples do RG e CPF;
4. Cópia simples da Carteira de Trabalho (das páginas com foto, dados pessoais e anotação do contrato de trabalho do CEETEPS);
5. Cópias simples dos três últimos holerites com a INSALUBRIDADE e dos três últimos holerites sem a INSALUBRIDADE;
6. Cópia simples de comprovante de endereço.



Porque você é o centro

Endereço para correspondência: CEP 01216-970 – CAIXA POSTAL 13.850
TEL/FAX (11) 3313 1528 - 3313 5385 www.sinteps.org.br

SINTEPS

Sindicato dos Trabalhadores
do Centro Paula Souza



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Nome: _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

Data de Nasc.: ____/____/____ RG: _____ CPF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado _____ Cep: _____

Telefone: _____ Celular: _____ E-mail: _____

constitui seu bastante procurador **JAMIL AHMAD ABOU HASSAN**", brasileiro, solteiro, advogado, OAB/SP 132.461, "**ELCIO MAURO CLEMENTE SAMPAIO**" brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/SP sob n. 206.998, **MARCELO NEI ESNARRIAGA**, brasileiro, casado, estagiário, OAB/SP 123.452-E, **RICARDO PEREIRA DA SILVA MATOS**, brasileiro, solteiro, estagiário, OAB/SP 155020-E, todos com escritório nesta Capital na Praça da Republica, nº 386, cjo 21, São Paulo - SP, Centro, fone: 3337-5584 e 3337-4542, a quem confere amplos poderes legais para o foro em geral em qualquer juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes, usando os poderes 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 a outrem com ou sem reserva de iguais poderes, com a finalidade específica para propor ação contra o CEETEPS referente ao **ADICIONAL DE INSALUBRIDADE RETROATIVO**.

Local e Data

Assinatura



Porque você é o centro

Endereço para correspondência: CEP 01216-970 – CAIXA POSTAL 13.850
TEL/FAX (11) 3313 1528 - 3313 5385 www.sinteps.org.br

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu _____

declaro para todos os fins, sermos pessoas pobres no termos da lei 1.060/50, não tendo condições atualmente de arcar com o recolhimento das custas processuais e demais taxas correspondentes à propositura da presente ação, sem prejuízo próprio e de quem de mim e de meus dependentes.

Local e Data

Assinatura