

_____, filiado(a) no momento desta entrevista nos procura para requerer a revisão dos períodos de desincompatibilização que lhe foram descontados da contagem de tempo, influenciando nas concessões de adicionais temporais e contagem de interstício de 6 anos para evolução funcional ocorrida em final do ano de 2020 esta, com efeitos retroativos a junho de 2020, data que a legislação determinava a elaboração da evolução funcional.

Meus períodos de desincompatibilização:

ANO	MÊS (Início e fim)	CARGO DE:

Desta forma, os períodos supracitados me prejudicaram nos seguintes aspectos:

OBS: (colocar sim para os benefícios que perdeu após retirada do período de desincompatibilização):

- ATS - Quinquênio: _____
- Sexta Parte: _____
- Evolução Funcional: _____

Em caso de ter perdido a evolução funcional 2020, são requisitos para a (promoção):

- Titulação exigida para referência imediatamente superior;
- 6 Anos de exercício da referência;
- Estar vinculada a titulação ao eixo tecnológico de ingresso;

Caso preencha os requisitos, informar:

Qual o título: _____.

Data de conclusão do curso acima indicado: _____.

Assinatura: _____. Data: _____.



Documentos Necessários:

1. Procuração preenchida e assinada;
2. Declaração de Pobreza preenchida e assinada;
3. Cópia simples de CPF e RG;
4. Cópia do PIS;
5. Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação, foto, vínculos com o CEETPS).
6. Cópia simples dos últimos três últimos holerites;
7. Publicação da Retificação da Contagem de Tempo;
8. Cópia simples de comprovante de residência;
9. Declaração de Risco.

OBS: Em caso de Evolução Funcional prejudicada, encaminhar os seguintes documentos:

1. Diploma e Histórico Escolar;
2. Negativa da Evolução Funcional por Falta de tempo;

Por fim, importante saber se houve algum desconto de valor em folha de pagamento referente a revisão da contagem de tempo e desconsideração do período de desincompatibilização.

Caso tenha tido desconto, informe abaixo o valor total:

R\$_____.



PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

Nome: _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____ Data Nasc.: ____/____/____

RG: _____ CPF: _____ PIS: _____

Número CTPS: _____ Série: _____ CLT(☐) Estatutário(☐)

Local de Trabalho (Cidade): _____

Cargo: _____ Data de Admissão no CEETEPS: ____/____/____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Cep: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____ E-mail: _____

nomeia e constitui seu bastante procurador, **VINICIUS AUGUSTUS FERNANDES ROSA CASCONI**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/SP sob o n. 248.321 e **AUGUSTO COSTAL BONADIO**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/SP sob o n. 378.417, ambos com endereço à Rua Monte Azul, 281, Chácara da Barra, Campinas/SP, CEP: 13090-765, telefone: (19) 3251-5984, a quem confere amplos poderes com a cláusula “ad judicium et extra”, perante qualquer foro, juízo, instância ou tribunal, e também perante o Ministério do Trabalho e suas Delegacias Regionais e demais repartições públicas federais, estaduais e municipais, autoridades públicas em geral, inclusive policiais, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo 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 a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, e tudo o mais que praticar para o fiel e cabal desempenho do presente mandato.

Local e Data



Assinatura

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 meus dependentes.

Local e Data

Assinatura



DECLARAÇÃO DE RISCOS DO PROCESSO

Eu _____,
portador do RG nº. _____, inscrito do Cadastro de Pessoa
Física – CPF nº. _____, declaro para todos os fins, que estou ciente, que o
advogado explicou e tudo entendi sobre os riscos da eventual improcedência do processo judicial,
devendo os prejuízos financeiros serem suportados por mim, sendo eles o de custas processuais e
honorários advocatícios da parte contrária, inclusive, tendo ciência de que é de minha exclusiva
responsabilidade tais riscos do processo;

Local e Data

Assinatura

