ANEXO DO DECRETO N~~º~~ 16.311, DE 1º DE NOVEMBRO DE 2023.

REQUERIMENTO DE insalubridade e de periculosidade

# REQUERIMENTO DE: ADICIONAL DE INSALUBRIDADE E DE ADICIONAL DE PERICULOSIDADE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 - USO EXCLUSIVO DO REQUERENTE | | |
| ( ) INICIAL  ( ) MUDANÇA DE FUNÇÃO E/OU CARGO  ( ) MUDANÇA DE UNIDADE  ( ) MUDANÇA DE SERVIÇO, SETOR OU SEÇÃO  ( ) PEDIDO DE REVISÃO DE GRAU DE INSALUBRIDADE (Obrigatório anexar ao processo original) | | |
| NOME DO SERVIDOR: | | |
|  | | |
| CARGO/FUNÇÃO | | PRONTUÁRIO: |
| REGIME DE TRABALHO: | SISTEMA REMUNERATÓRIO: | |
|  | VENCIMENTO BASE ( ) OUTRO ( ) | |
| ÓRGÃO DE LOTAÇÃO: | | |
| LOCALIDADE DE EXERCÍCIO: | | |
| DATA DO INÍCIO DA ATIVIDADE:\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_. | | |
| ATIVIDADES EFETIVAMENTE REALIZADAS: | | |
| MÁQUINAS OU EQUIPAMENTOS UTILIZADOS: | | |
| PRODUTOS QUÍMICOS OU BIOLÓGICOS UTILIZADOS DIARIAMENTE: | | |
| ESPECIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS DO LOCAL DE TRABALHO: | | |
| DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES SÃO EXPRESSÃO DA VERDADE | | |
| EM, \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ASSINATURA DO REQUERENTE | | |
|  | | |
| RATIFICO ( )  RETIFICO ( )  OBS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  EM, \_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA DO CHEFE IMEDIATO: | | |
| 2 - USO EXCLUSIVO DA UNIDADE DE RECURSOS HUMANOS | | |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DATA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  RESPONSÁVEL PELO RH | | |
| 3- USO EXCLUSIVO DO GRUPO DE MEDICINA DO TRABALHO - DIPEM/AGEPREV | | |
| INSALUBRIDADE: ( ) SIM GRAU: MÍNIMO ( )  ( ) NÃO MÉDIO ( )  MÁXIMO ( )  PERICULOSIDADE: ( ) SIM CONCESSÃO DO BENEFÍCIO  ( ) NÃO  A PARTIR DE:\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ | | |
| DATA:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ASSINATURA DO PERITO GRUPO MEDICINA DO TRABALHO | | |

\* LAUDO ANEXO