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