**REQUERIMENTO – INSALUBRIDADE/PERICULOSIDADE**

**Dados Básicos do requerente**

|  |
| --- |
| 1. **Nome:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. **Matrícula:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **3. CPF:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. **Cargo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **4. Chefia Imediata:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   **5.** **Telefone**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **6. E-mail**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Lotação/Posto de Trabalho:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**A partir de:**\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

**Até:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Breve relato sobre tipo ou natureza do trabalho realizado:**

|  |
| --- |
|  |

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Declaro que são verdadeiras todas as informações prestadas neste formulário e ainda que assumo inteira responsabilidade pelas mesmas nos termos do artigo 17 da Orientação Normativa, de 18 de março de 2013 da SEGEP/MPOG, da qual tenho ciência. Também declaro estar ciente da Norma Regulamentadora 15, item 15.4, cuja eliminação ou neutralização da insalubridade determinará a cessação do pagamento do adicional respectivo e os valores pagos indevidamente serão descontados.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Local e Data**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura**

**PARECER DO SOST**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Engenheiro de Seg. do Trabalho** | **Médico do Trabalho** | **Tipo de Adicional** | **Riscos Ambientais** | **Tipo de Exposição** | **Grau** |
|  |  |  | ( ) Físico  ( ) Químico  ( ) Biológico | ( ) Eventual  ( ) Intermitente  ( ) Permanente | ( ) Mínimo  ( ) Médio  ( ) Máximo |
| **Existem medidas de proteção efetivas para eliminar ou minimizar a exposição ao Risco?**  ( )Sim ( ) Não  **Recomendações?** | | | | | |
| **Justificativa Legal:** | | | | | |

**DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins, que:

Colaborador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Matrícula:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SIAPE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Exerce suas funções no POSTO DE TRABALHO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sob a minha chefia desde o dia \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Estou ciente que qualquer alteração no posto de trabalho e / ou nas atividades desempenhadas deverá ser feito um comunicado formal e imediato para a Divisão de Gestão de Pessoas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nome e Carimbo da Chefia Imediata**