

 INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA Pernambuco	Diretoria de Gestão de Pessoas Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Saúde e Segurança do Trabalho
--	--

FORMULÁRIO PARA TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS

Descrição das atividades, incluindo tempo de duração e local de trabalho. Este documento servirá de subsídio para a análise da concessão de adicional de insalubridade ou periculosidade ou para emissão do Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP).

DADOS DO SERVIDOR

Inserir os dados pessoais nos campos definidos abaixo.

Nome:	
Matrícula SIAPE:	Nº CPF:
Cargo:	Função:
Campus:	Setor de lotação:
Regime de Trabalho:	Período de trabalho:
Nome da Chefia Imediata:	Matrícula SIAPE:
Cargo de Direção: () Sim () Não	Semestre:
Telefone:	E-mail:

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFÍCIO

Marcar com “X” o benefício de interesse

Solicitação de concessão ou revisão de:	<input type="checkbox"/> Insalubridade	<input type="checkbox"/> Periculosidade	<input type="checkbox"/> PPP
--	---	--	-------------------------------------

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E TEMPO DE DURAÇÃO

Discriminar as atividades realizadas, podendo ser administrativas ou operacionais nas áreas técnicas, de manutenção e outras; descrever o tempo de duração dedicado a cada atividade e o local de realização (exemplo: sala de escritório, oficina, almoxarifado, laboratório, cozinha, estábulo ou outros); descrever se envolve operação de máquinas e equipamentos, como máquinas agrícolas, máquinas de usinagem mecânica e outras. Para cada atividade diferente, abrir um item específico.

DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES

1 - DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:
LOCAL DA ATIVIDADE:
TEMPO DE DURAÇÃO DA ATIVIDADE: diário (<input type="checkbox"/>) semanal (<input type="checkbox"/>) mensal (<input type="checkbox"/>) _____ horas
2 - DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:
LOCAL DA ATIVIDADE:
TEMPO DE DURAÇÃO DA ATIVIDADE: diário (<input type="checkbox"/>) semanal (<input type="checkbox"/>) mensal (<input type="checkbox"/>) _____ horas
3 - DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:
LOCAL DA ATIVIDADE:
TEMPO DE DURAÇÃO DA ATIVIDADE: diário (<input type="checkbox"/>) semanal (<input type="checkbox"/>) mensal (<input type="checkbox"/>) _____ horas

Obs.: Se o formulário acima for insuficiente para descrever detalhadamente todas as atividades realizadas, recomendamos preenchê-lo como anexo. Nesse caso, o anexo deverá conter a assinatura do servidor e as assinaturas e carimbos da chefia imediata e da Direção-Geral do *campus*.

DECLARAÇÃO

Declaramos que as presentes informações são verdadeiras, haja vista que, de acordo com o Código Penal, constitui crime prestar declaração falsa com a finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Desse modo, como signatários deste documento,

assumimos inteira responsabilidade pelas informações prestadas, nos termos art.17 da Orientação Normativa nº 4, de 14 de fevereiro de 2017, do Ministério do Planejamento.

Decreto nº 97.458/89:

Art. 9º Incorrem em responsabilidade administrativa civil e penal os peritos e dirigentes que concederem ou autorizarem o pagamento dos adicionais em desacordo com o decreto.

Lei nº 8.112/90:

Art. 68º, §2º O direito ao adicional de insalubridade ou periculosidade cessa com a eliminação das condições de riscos que deram causa a sua concessão.

Orientação Normativa nº 4, SEGRT/MPDG, de 14 de fevereiro de 2017:

Art. 14. O pagamento dos adicionais e da gratificação de que trata esta Orientação Normativa será suspenso quando cessar o risco ou quando o servidor for afastado do local ou atividade que deu origem à concessão.

Orientação Normativa nº 16, SGP/MPOG, de 23 de dezembro de 2013:

Art. 10, §1º O reconhecimento de tempo de serviço público prestado sob condições especiais, prejudiciais à saúde ou à integridade física, dependerá de comprovação do exercício das atribuições do cargo ou emprego público nessas condições, de modo permanente, não ocasional ou intermitente.

- Obs.: Este formulário só será válido se for assinado pelo servidor, por sua chefia imediata e pelo diretor-geral do *campus*.

Data: -----/-----/-----

Assinatura do requerente

De acordo:

Assinatura e carimbo da chefia imediata

Assinatura e carimbo da Direção-Geral do *campus*