REQUERIMENTO DE ADICIONAL DE INSALUBRIDADE/PERICULOSIDADE – v. 1.3



REGIME PRÓPRIO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL DE MATO GROSSO DO SUL - MSPREV

Av. Mato Grosso, 5.778, CEP 79031-001 – Parque dos Poderes – Campo Grande CNPJ 10.306.292/0001-49

Entre em contato: [www.ageprev.ms.gov.br](http://www.ageprev.ms.gov.br/)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUERENTE** | | | | | |
| Nome do Servidor: | | | | | |
| Cargo/Função: | | | | Matrícula: | |
| Regime de Trabalho: | | Órgão de Lotação: | | | |
| Localidade de Exercício (setor): | | | | | |
| Município: | | | | | |
| **REQUERIMENTO** | | | | | |
| ( ) Inicial  ( ) Mudança de Função  ( ) Mudança de unidade (lotação)  ( ) Mudança de serviço, setor ou seção  ( ) Pedido de revisão de Grau de Insalubridade (obrigatório anexar o processo original | | | | | |
| Data início Atividade: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | Data Mudança de setor: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | |
| **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: | | | | |
| **PARA USO DA CHEFIA IMEDIATA** | | | | | |
| ( ) Ratifico  ( ) Retifico  Observações: | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Carimbo e Assinatura do Chefe Imediato: | | | | |
| **UNIDADE DE RECURSOS HUMANOS** | | | | | |
| Informações complementares: | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| Em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Carimbo e Assinatura do Responsável pelo RH: | | | | |
| **USO EXCLUSIVO DO PERITO DO GRUPO DE MEDICINA DO TRABALHO/SIPEM** | | | | | |
| Insalubridade: ( ) SIM  ( ) NÃO | | Grau: ( ) Mínimo  ( ) Médio  ( ) Máximo | | | A partir de:  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Periculosidade: ( ) SIM  ( ) NÃO | | A partir de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Campo Grande/MS,  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Carimbo e Assinatura do Perito | | | |

**Observação:** após a avaliação pericial, será emitido o Laudo Técnico Pericial de Insalubridade/Periculosidade