



**Prefeitura Municipal de Bom Despacho**  
**Estado de Minas Gerais**  
**Secretaria Municipal Administração**

**Requerimento de Insalubridade e Periculosidade**

|   |                      |                      |                                    |                                   |                      |
|---|----------------------|----------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Nome:*  | <input type="text"/> | Sexo:*               | <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Feminino |                      |
| CPF:*   | <input type="text"/> | RG:*                 | <input type="text"/>               | Vínculo:*                         | <input type="text"/> |
| Cargo:*   | <input type="text"/> | Função:*             | <input type="text"/>               |                                   |                      |
| Lotação:*   | <input type="text"/> |                      |                                    |                                   |                      |
| Unidade de lotação:   | <input type="text"/> |                      |                                    |                                   |                      |
| Descrição do ambiente de trabalho (tipos de parede, piso e cobertura, ventilação e altura do pé direito):*  |                      |                      |                                    |                                   |                      |
| <input type="text"/>  |                      |                      |                                    |                                   |                      |
| Descrição das atividades habitualmente desenvolvidas:*  |                      |                      |                                    |                                   |                      |
| <input type="text"/>  |                      |                      |                                    |                                   |                      |
| Materiais e equipamentos utilizados, incluindo os equipamentos de proteção:*  |                      |                      |                                    |                                   |                      |
| <input type="text"/>  |                      |                      |                                    |                                   |                      |
| Data do início das atividades no setor: <input type="text"/> ( <input type="checkbox"/> De acordo*)   |                      |                      |                                    |                                   |                      |
| <b>Aprovação do Chefe Imediato</b>  |                      |                      |                                    |                                   |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                                    |                                   |                      |
| Data  | Nome Completo        | Cargo                |                                    |                                   |                      |
| <b>As informações abaixo deverão ser preenchidas pela Gerência de Gestão com Pessoas.</b>   |                      |                      |                                    |                                   |                      |
| Com base nos critérios estabelecidos pelo LTCAT e pela portaria nº 5/2014, concluímos:  |                      |                      |                                    |                                   |                      |
| <input type="checkbox"/> Pelo indeferimento do pedido.  |                      |                      |                                    |                                   |                      |
| <input type="checkbox"/> Pela concessão de adicional de insalubridade no grau de <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 40% sobre o salário mínimo. |                      |                      |                                    |                                   |                      |
| <input type="checkbox"/> Pela concessão de adicional de periculosidade no valor de 30% do salário base.   |                      |                      |                                    |                                   |                      |
| Justificativa com base no laudo:  |                      |                      |                                    |                                   |                      |
| <input type="text"/>  |                      |                      |                                    |                                   |                      |
| <b>Aprovação da Gerência de Gestão com Pessoas</b>  |                      |                      |                                    |                                   |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                                    |                                   |                      |
| Data  | Nome Completo        | Cargo                |                                    |                                   |                      |

(\* Campos de preenchimentos obrigatórios.)