



REQUERIMENTO DE ADICIONAL DE INSALUBRIDADE / PERICULOSIDADE

REQUERENTE

Nome*		Matrícula*
CPF*		
Cargo*	Secretaria*	
Lotação*	Telefone*	

MOTIVO DO REQUERIMENTO*

☐

Adicional de Insalubridade

☐

Adicional de Periculosidade

JUSTIFICATIVA PARA O REQUERIMENTO*

Senhor (a) Secretário (a), venho REQUERER a concessão do pagamento do adicional acima especificado, nos termos Art. 39, § 3.º, c.c. Art. 7.º, inciso XXIII, ambos da Constituição Federal de 1988, além do estabelecido na Lei nº 6.514/77 e na Portaria nº 3.214/78, que determina as normas regulamentares (N.T) e em conformidade com o Art. 70 e Art. 70-A da Lei 8.798/2016 que altera o Art. 70 da Lei 1.752/90.

Esclareço que, no exercício de minhas funções, executo as seguintes atividades:

Para que seja apurado o Grau de Insalubridade/Periculosidade, solicito a perícia do meu ambiente de trabalho para que caracterize e classifique as condições do serviço e do ambiente de trabalho, colocando-me à disposição para as perícias necessárias, bem como prestar maiores informações.

Nestes Termos, Pede Deferimento.



PREFEITURA DE
RONDONÓPOLIS
COMPROMISSO COM A MUDANÇA

**COORDENADORIA DO DESENVOLVIMENTO E
PROMOÇÃO DE SAÚDE OCUPACIONAL E PERÍCIA
MÉDICA - DESOPEM**

REQUERIMENTO DE ADICIONAL DE INSALUBRIDADE / PERICULOSIDADE

DATA E ASSINATURAS

Rondonópolis/MT, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do (a) Servidor(a)*

Assinatura e carimbo da Chefia*