**REQUERIMENTO PARA CONCESSÃO DO ADICIONAL DE INSALUBRIDADE**

Exmo. Sr. Secretário de Estado de Mato Grosso, venho requerer a concessão de **ADICIONAL DE INSALUBRIDADE,** conforme Lei Complementar nº 502 07/08/2013, Portaria nº 3.214 do Ministério do Trabalho e Previdência Social de 08/06/1978, que determina as Normas Regulamentares (NR), especialmente a NR-15.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR (Preenchimento obrigatório de todos os campos)** | | | | | | | | | | |
| Nome Completo: | | | | | | | Matrícula: | | | Vínculo: |
| RG: | CPF: | | | Carga Horária Semanal: | | | | | Jornada de Trabalho: | |
| Cargo: | | | Perfil: | | | * Estatutário CLT * Outros: . | | | | |
| Unidade de Lotação Atual: | | | | | Setor de Lotação (**de acordo com Lotacionograma Setorizado da Unidade**): | | | | | |
| Telefone da Unidade: | | Telefone do Setor: | | | | | Município: | | | |
| Chefia Imediata: | | | | | Matrícula: | | | Cargo: | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PEDIDO (Preenchimento obrigatório)** | | | | | | | | | | |
| (....) Pedido **inicial:** a partir de: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_.  (....) Pedido de **revisão**: a partir de: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | | | | |
| **DESCRIÇÃO DETALHADA DO LOCAL DE TRABALHO (Preenchimento obrigatório)** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **DESCRIÇÃO DETALHADA DAS FUNÇÕES/ATIVIDADES DESEMPENHADAS (Preenchimento obrigatório)** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **(Se necessário, use o verso) 🡪** | | | | | | | | | | |
| **DESCREVA OS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL UTILIZADOS (Preenchimento obrigatório)** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

Declaramos, sob as penas da Lei Complementar Nº 04, de 15 de outubro de 1990, Art. 148 e seguintes, que as informações prestadas acima são verdadeiras e que irregularidades ou desatualizações das mesmas nos expõem civil, penal e administrativamente.

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

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

**Assinatura e Carimbo do Requerente Assinatura e Carimbo da chefia Imediato**

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

**Assinatura e Carimbo do Diretor/Superintendente**