**ANEXO I**

**INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 85/PRES/INSS, DE 18 DE FEVEREIRO DE 2016**

**PERFIL PROFISSIOGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO - PPP**

|  |
| --- |
| I - SEÇÃO DE DADOS ADMINISTRATIVOS |
| 1 - CNPJ do Órgão:**01567601/0001-43** | 2 - Nome do Órgão**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS** |
| 3 - Nome do Servidor | 4 – Matrícula/SIAPE |
| 5 - SR/PDH/NA | 6 - CPF |
| 7 - Cargo | 8- Lotação |
| 9 - Data do Nascimento | 10 - Sexo (F/M) | 11 - Data de Admissão |
| 12 - Comunicações de Acidente do Trabalho - CAT Registrada |
| 12.1 - Data do Registro |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 - Localização e Atribuição |
| 13.1 - Período | 13.2 – Localização (local que exerce as atividades no âmbito da Unidade/Órgão de lotação) | 13.3 – Função Gratificada | 13.4 - Período da Função Gratificada |
| \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_ |  |  |  |
| \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_ |  |  |  |
| 14 – Profissiografia |
| 14.1 - Período | 14.2 - Descrições das Atividades |
| \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_ |  |
| \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_ |  |
| 15 - Data e Assinaturas |
| Local e Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do servidor requerente Concordância do Diretor Assinatura e Carimbo |

**ANEXO I**

**INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 85/PRES/INSS, DE 18 DE FEVEREIRO DE 2016**

**PERFIL PROFISSIOGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO - PPP**

|  |
| --- |
| II - SEÇÃO DE REGISTROS AMBIENTAIS |
| 16 - Exposição a Fatores de Riscos |
| 16.1 - Período | 16.2 -Tipo | 16.3 -Fator deRisco | 16.4 -Itens./Conc | 16.5 -TécnicaUtilizada | 16.6 -EPCEficaz(S/N) | 16.7 -EPIEficaz(S/N) | 16.8 - CAEPI |
| \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |
| \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 - RESPONSÁVEL PELOS REGISTROS AMBIENTAIS |
| 17.1 - Período | 17.2 - CPF | 17.3 - RegistroConselho de Classe | 17.4 Nome do ProfissionalLegalmente Habilitado |
| \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_ |  |  |  |
| \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_ |  |  |  |
| III - SEÇÃO DE RESULTADOS DE MONITORAÇÃO BIOLÓGICA |
| 18 - Exames Médicos Clínicos e Complementares (Quadros I e II, da NR-07) |
| 18.1 - Data | 18.2 - Tipo | 18.3 - Natureza | 18.4 - Exame(R/S) | 18.5 - Indicação deResultados |
| \_\_/\_\_/\_\_ |  |  | ( ) Normal | ( ) Alterado( ) Estável( ) Agravamento( ) Ocupacional( ) Não Ocupacional |
| \_\_/\_\_/\_\_ |  |  | ( ) Normal | ( ) Alterado( ) Estável( ) Agravamento( ) Ocupacional( ) Não Ocupacional |
| 19 - Responsável pela Monitoração Biológica |
| 19.1 - Período | 19.2 - CPF | 19.3 RegistroConselho de Classe | 19.4 - Nome do ProfissionalLegalmente Habilitado |
| \_\_/\_\_/\_\_ |  |  |  |
| \_\_/\_\_/\_\_ |  |  |  |
| IV - RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES |
| Declaramos, para todos os fins de direito, que as informações prestadas neste documento são verídicas e foram transcritas fielmente dos registros administrativos, das demonstrações ambientais e dos programas médicos de responsabilidade do órgão. É de nosso conhecimento que a prestação de informações falsas neste documento constitui crime de falsificação de documento público, nos termos do artigo 297 do Código Penal e, também, que tais informações são de caráter privativo do servidor, constituindo crime, nos termos da Lei nº 9.029, de 13 de abril de 1995, práticas discriminatórias decorrentes de sua exigibilidade por outrem, bem como de sua divulgação para terceiros, ressalvado quando exigida pelos órgãos públicos competentes. |
| 20 - Data Emissão do PPP | 21 - Representante Legal do Órgão |
| \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | 21.1 - CPF | 21.2 - Nome |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Assinatura e carimbo) |

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

**Obs.:** O servidor requerente deverá preencher os itens de 1 a 15, em conjunto com o Diretor da Unidade/Órgão, os demais itens são de responsabilidade das áreas técnicas competentes.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CAMPO | DESCRIÇÃO | INSTRUÇÃO DE PREENCHIMENTO |
| SEÇÃO I - deve ser preenchida pela Chefia | SEÇÃO DE DADOS ADMINISTRATIVOS |
| 1 | CNPJ do Órgão | (PREENCHIDO) |
| 2 | Nome do Órgão | (PREENCHIDO) |
| 3 | Nome do Servidor | Até 60 (sessenta) caracteres alfabéticos |
| 4 | Matrícula/SIAPE | Matrícula do cargo |
| 5 | SR/PDH/NA | SR - Servidor Reabilitado; PDH - Portador de Deficiência Habilitado; NA - Não Aplicável. |
| 6 | CPF | Número do Cadastro de Pessoa Física – CPF, com 11 (onze) caracteres numéricos, no formato XXX.XXX.XXX-XX. |
| 7 | Cargo | Cargo ocupado. |
| 8 | Lotação | Unidade administrativa na estrutura organizacional do órgão, onde o servidor exerce suas atividades laborais. |
| 9 | Data do Nascimento | No formato DD/MM/AAAA |
| 10 | SEXO (F/M) | F - Feminino; M - Masculino |
| 11 | Data de Admissão | No formato DD/MM/AAAA |
| 12 | Comunicações de Acidente deTrabalho - CAT Registrada | Informações sobre as Comunicações de Acidente do Trabalho registradas no órgão, nos termos do art. 22 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, do art. 169 da CLT, do art. 336 do RPS, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, do item 7.4.8, alínea “a” da NR-07 do MTE e dos itens 4.3.1 e 6.1.2 do Anexo 13-A da NR-15 do MTE, disciplinado pela Portaria MPAS no 5.817, de 6 de outubro de 1999, que aprova o Manual de Instruções para Preenchimento da CAT. |
| 12.1 | Data do Registro | No formato DD/MM/AAAA |
| 13 | Lotação e Atribuição | Informações sobre o histórico de localização e atribuições do servidor, por período.A alteração de qualquer um dos campos - 13.2 a 13.4 - implica, obrigatoriamente, a criação de nova linha, com discriminação do período, repetindo as informações que não foram alteradas. |
| 13.1 | Período | Data de início e data de fim do período, ambas no formato DD/MM/AAAA.No caso de servidor ativo, a data de fim do último período não deverá ser preenchida. |
| 13.2 | Localização | Local onde o servidor irá exercer efetivamente suas atividades na Unidade/Órgão. |
| 13.3 | Função Gratificada | Unidade administrativa na estrutura organizacional do órgão, onde o servidor tenha atribuição de chefia, coordenação, supervisão ou gerência (CD e/ou FG).Quando inexistente a função, preencher com NA - Não Aplicável. |
| 13.4 | 13.4 - Período da Função Gratificada | Período em que o servidor exerceu função de chefia, coordenação, supervisão ou gerência (CD e/ou FG). |
| 14 | Profissiografia | Informações sobre a profissiografia do servidor, por período.A alteração do campo 13.2 implica, obrigatoriamente, a criação de nova linha, com discriminação do período. |
|  |  |  |
| 14.1 | Período | Data de início e data de fim do período, ambas no formato DD/MM/AAAA.No caso de servidor ativo, a data de fim do último período não deverá ser preenchida. |
| 14.2 | Descrição das Atividades | Descrição das atividades, físicas ou mentais, realizadas pelo servidor, por força do poder de comando a que se submete.As atividades deverão ser descritas com exatidão, e de forma sucinta, com a utilização de verbos no infinitivo impessoal. |
| 15 | Data e Assinaturas | Data e Assinatura do servidor e do Diretor da Unidade/Órgão, com carimbo do Diretor. |
| SEÇÃO II - deve ser preenchida pelo SIASS | SEÇÃO DE REGISTROS AMBIENTAIS |
| 16 | Exposição a Fatores de Riscos | Informações sobre a exposição do servidor a fatores de riscos ambientais, por período, ainda que estejam neutralizados, atenuados ou exista proteção eficaz. Facultativamente, também poderão ser indicados os fatores de riscos ergonômicos e mecânicos. A alteração de qualquer um dos campos - 16.2 a 16.8 - implica, obrigatoriamente, a criação de nova linha, com discriminação do período, repetindo as informações que não foram alteradas. |
| 16.1 | Período | Data de início e data de fim do período, ambas no formato DD/MM/AAAA.No caso de servidor ativo, a data de fim do último período não deverá ser preenchida. |
| 16.2 | Tipo | F - Físico; Q - Químico; B - Biológico; E - Ergonômico/Psicossocial, M - Mecânico/de Acidente, conforme classificação adotada pelo Ministério da Saúde, em “Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde”, de 2001.A indicação do Tipo “E” e “M” é facultativa.O que determina a associação de agentes é a superposição de períodos com fatores de risco diferentes. |
| 16.3 | Fator de Risco | Descrição do fator de risco.Em se tratando do Tipo “Q”, deverá ser informado o nome da substância ativa, não sendo aceitas citações de nomes comerciais. |
| 16.4 | Intensidade/Concentração | Intensidade ou Concentração, dependendo do tipo de agente.Caso o fator de risco não seja passível de mensuração, preencher com NA - Não Aplicável. |
| 16.5 | Técnica Utilizada | Técnica utilizada para apuração do item 16.4.Caso o fator de risco não seja passível de mensuração, preencher com NA - Não Aplicável. |
| 16.6 | EPC Eficaz (S/N) | S - Sim; N - Não, considerando se houve ou não a eliminação ou a neutralização, com base no informado nos itens 16.2 a 16.5, assegurada as condições de funcionamento do EPC ao longo do tempo, conforme especificação técnica do fabricantee respectivo plano de manutenção. |
| 16.7 | EPI Eficaz (S/N) | S - Sim; N - Não, considerando se houve ou não a atenuação, com base no informado nos itens 16.2 a 16.5, observado o disposto na NR-06 do MTE, assegurada a observância:1- da hierarquia estabelecida no item 9.3.5.4 da NR-09 do MTE (medidas de proteção coletiva, medidas de caráter administrativo ou de organização do trabalho e utilização de EPI, nesta ordem, admitindo-se a utilização de EPI somente em situações de inviabilidade técnica, insuficiência ou interinidade à implementação do EPC, ou ainda em caráter complementar ou emergencial);2- das condições de funcionamento do EPI ao longo do tempo, conforme especificação técnica do fabricante ajustada às condições de campo;3- do prazo de validade, conforme Certificado de Aprovação do MTE;4- da periodicidade de troca definida pelos programas ambientais, devendo esta ser comprovada mediante recibo; e5- dos meios de higienização. |
| 16.8 | C.A. EPI | Número do Certificado de Aprovação do MTE para o Equipamento de Proteção Individual referido no campo 154.7, com 5 (cinco) caracteres numéricos. Caso não seja utilizado EPI, preencher com NA - Não Aplicável. |
| 17 | Responsável pelos RegistrosAmbientais | Informações sobre os responsáveis pelos registros ambientais, por período. |
| 17.1 | Período | Data de início e data de fim do período, ambas no formato DD/MM/AAAA.No caso de servidor ativo sem alteração do responsável, a data de fim do último período não deverá ser preenchida. |
| 17.2 | CPF | Número do Cadastro de Pessoa Física – CPF, com 11 (onze) caracteres numéricos, no formato XXX.XXX.XXX-XX. |
| 17.3 | Registro Conselho de Classe | Número do registro profissional no Conselho de Classe, com 9 (nove) caracteres alfanuméricos, no formato XXXXXX-X/XX ou XXXXXXX/XX.A parte “-X” corresponde à D – Definitivo ou P – Provisório.A parte “/XX” deve ser preenchida com a UF, com 2 (dois) caracteres alfabéticos.A parte numérica deverá ser completada com zeros à esquerda. |
| 17.4 | Nome do ProfissionalLegalmente Habilitado | Até 60 (sessenta) caracteres alfabéticos. |
| SEÇÃO III - RESULTADOS DE MONITORAÇÃO BIOLÓGICA |
| 18 | Exames Médicos Clínicos e Complementares | Informações sobre os exames médicos obrigatórios, clínicos e complementares, realizados para o servidor, constantes nos Quadros I e II, da NR-07 do MTE. |
| 18.1 | Data | No formato DD/MM/AAAA. |
| 18.2 | Tipo | A - Admissional; P - Periódico; R - Retorno ao Trabalho; M - Mudança de Função; D - Demissional. |
| 18.3 | Natureza | Natureza do exame realizado.No caso dos exames relacionados no Quadro I da NR-07, do MTE, deverá ser especificada a análise realizada, além do material biológico coletado. |
| 18.4 | Exame (R/S) | R - Referencial; S - Sequencial. |
| 18.5 | Indicação de Resultados | Preencher Normal ou Alterado.Só deve ser preenchido Estável ou Agravamento no caso de Alterado em exame Sequencial.Só deve ser preenchido Ocupacional ou Não Ocupacional no caso de Agravamento.Observação: No caso de Natureza do Exame “Audiometria”, a alteração unilateral poderá ser classificada como ocupacional apesar da maioria das alterações ocupacionais serem constatadas bilateralmente. |
| 19 | Responsável pela MonitoraçãoBiológica | Informações sobre os responsáveis pela monitoração biológica, por período. |
| 19.1 | Período | Data de início e data de fim do período, ambas no formato DD/MM/AAAA.No caso de servidor ativo sem alteração do responsável, a data de fim do último período não deverá ser preenchida. |
| 19.2 | CPF | Número do Cadastro de Pessoa Física – CPF, com 11 (onze) caracteres numéricos, no formato XXX.XXX.XXX-XX. |
| 19.3 | Registro Conselho de Classe | Número do registro profissional no Conselho de Classe, com 9 (nove) caracteres alfanuméricos, no formato XXXXXX-X/XX ou XXXXXXX/XX.A parte “-X” corresponde à D - Definitivo ou P - Provisório.A parte “/XX” deve ser preenchida com a UF, com 2 (dois) caracteres alfabéticos.A parte numérica deverá ser completada com zeros à esquerda. |
| 19.4 | Nome do ProfissionalLegalmente Habilitado | Até 60 (sessenta) caracteres alfabéticos. |
| SEÇÃO IV - RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES |
| 20 | DATA DE EMISSÃO DOPPP | Data em que o PPP é impresso e assinado pelos responsáveis, no formato DD/MM/AAAA. |
| 21 | REPRESENTANTE LEGAL DO ÓRGÃO | Informações sobre o Representante Legal da UFG, com poderes específicos outorgados por procuração (Diretoria de Administração de Pessoas). |
| 21.1 | CPF | Número do Cadastro de Pessoa Física – CPF, com 11 (onze) caracteres numéricos, no formato XXX.XXX.XXX-XX. |
| 21.2 | Nome | Até 60 (sessenta) caracteres alfabéticos.Carimbo e AssinaturaCarimbo da UFG e Assinatura do Representante Legal (Diretoria de Administração de Pessoas). |
|  | Observações | Devem ser incluídas neste campo, informações necessárias à análise do PPP, bem como facilitadoras do requerimento do benefício.Observação: É facultada a inclusão de informações complementares ou adicionais ao PPP. |