



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA
REITORIA

Alameda Santiago do Chile, 195 – Nossa Senhora das Dores – CEP 97050-685 – Santa Maria/RS
Fone/Fax: (55) 3218-9800

AO

NÚCLEO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO – IFFar

Eu, _____, venho por meio deste requerer a

- Emissão do documento Perfil Profissiográfico Previdenciário – PPP;
- Emissão do documento Perfil Profissiográfico Previdenciário – PPP e do Parecer médico pericial conclusivo referente à exposição à agentes ambientais insalubres atividades/operações perigosas;
- Emissão do Parecer médico pericial conclusivo referente à exposição à agentes ambientais insalubres, atividades/operações perigosas, baseado no Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP) previamente preenchido, assinado e com os laudos ocupacionais.

Preencher o(s) motivo(s) para o requerimento:

- Solicitação de contagem de tempo especial laborado em exposição a agentes ambientais insalubres e/ou atividades/operações perigosas (averbação de tempo especial);
- Solicitação de aposentadoria especial por exposição a agentes ambientais insalubres e/ou atividades/operações perigosas;
- Solicitação de abono de permanência por cumprimento de requisitos para a aposentadoria especial por exposição a agentes ambientais insalubres e/ou atividades/operações perigosas;
- Outro(s). Especificar:

Referente ao período de tempo em que desenvolvi atividades de _____ no(a) setor _____, de ____/____/____ a ____/____/____.

Segue anexo, o requerimento do Perfil Profissiográfico Previdenciário – PPP para preenchimento e assinatura.

Atenciosamente.

Assinatura do solicitante



Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha
Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional
Diretoria de Gestão de Pessoas
Núcleo de Saúde e Segurança do Trabalho



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL FARROUPILHA
REITORIA

Alameda Santiago do Chile, 195 – Nossa Senhora das Dores – CEP 97050-685 – Santa Maria/RS
Fone/Fax: (55) 3218-9800

REQUERIMENTO DE PERFIL PROFISSIONGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO (PPP)

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE		
Nome do servidor:	<input type="checkbox"/> Servidor Reabilitado <input type="checkbox"/> Portador de Deficiência Habilitado <input type="checkbox"/> Não Aplicável	CPF:
Data do Nascimento:	Sexo: ()M ()F	Data de admissão:
Regime de revezamento ¹ : <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Aplicável	Número de Inscrição do Trabalhador (NIT):	CTPS:
FINALIDADE DO PPP: <input type="checkbox"/> Desligamento do IFFar <input type="checkbox"/> Simples conferência <input type="checkbox"/> Outro:		
Notas:		
¹ Regime de Revezamento de Trabalho, para trabalhos em turnos ou escala, Exemplo: 12 x 36; 24 x 72 horas. Se inexistente, preencher com NA – Não Aplicável.		
PARA PREENCHIMENTO DA CGP		
SETOR E CARGO EXERCIDO PARA CADA PERÍODO (Preenchimento obrigatório)(*)		
PERÍODO	UNIDADE/SETOR	CARGO
___/___/___ à ___/___/___		
___/___/___ à ___/___/___		

*Deverão ser inseridos todos os setores em que o requerente laborou, independente do recebimento do adicional ocupacional.

* Para cada período descrito deverá ser anexada a respectiva portaria de localização no setor ou declaração dos setores que o servidor trabalhou.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo total e exclusiva responsabilidade pelas mesmas.

Local e Data: _____, ____ de _____ de _____

Assinatura do solicitante
(Eletrônica SIPAC ou manual)

Assinatura CGP
(Eletrônica SIPAC ou manual)

