



OBS.: OS CAMPOS 1, 2, 3 e 4 DEVERÃO SER PREENCHIDOS EXCLUSIVAMENTE PELO(A) SERVIDOR(A) / EMPREGADO(A) PÚBLICO(A).

1 REQUERIMENTO

ADICIONAL DE INSALUBRIDADE (EMENDA CONSTITUCIONAL – EC 120 DE 05/05/2022).

2 DADOS DO(A) REQUERENTE

NOME		BM-DV
NOME SOCIAL (CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS)		
CARGO	FUNÇÃO	
E-MAIL	TELEFONE FIXO	TELEFONE CELULAR

3 LOTAÇÃO

UNIDADE DE LOTAÇÃO	HORÁRIO DE TRABALHO
--------------------	---------------------

4 MOTIVO DO RECURSO

DESCREVER QUAL O MOTIVO DO RECURSO

DATA	ASSINATURA DO(A) REQUERENTE
------	-----------------------------

5 PARECER DA GERÊNCIA DE SEGURANÇA DO TRABALHO

DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO(A) RESPONSÁVEL PELO PARECER
------	-----------------------------------------------------

DEFIRO
 INDEFIRO

DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO(A) RESPONSÁVEL PELO DEFERIMENTO
------	---------------------------------------------------------