



CAMPO 1 – IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR E SOLICITAÇÃO DE GRATIFICAÇÃO

NOME:	MATRÍCULA:
SECRETARIA DE LOTAÇÃO:	REGIME: <input type="checkbox"/> SERVIDOR EFETIVO <input type="checkbox"/> CONTRATO TEMPORÁRIO <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE LOTAÇÃO
CARGO:	FUNÇÃO/COMPETÊNCIA:
GERÊNCIA:	DATA DE ADMISSÃO: ___/___/___
LOCAL DE TRABALHO:	
Solicito o pagamento do adicional de <input type="checkbox"/> INSALUBRIDADE <input type="checkbox"/> RISCO DE VIDA <input type="checkbox"/> PERICULOSIDADE por estar exercendo função de _____, e estou ciente de que, quando mudar de lotação, haverá suspensão do pagamento desse adicional; e que, caso venha a exercer outras atividades insalubres, perigosas ou em risco de vida, será necessária a abertura de uma nova solicitação.	
Florianópolis, ___ de _____ de 20__.	
_____ Assinatura do servidor	

CAMPO 2 – TERMO DE RESPONSABILIDADE (PARA SER PREENCHIDO PELA CHEFIA IMEDIATA DO SERVIDOR)

Eu, _____, matrícula _____, na qualidade de chefe imediato do servidor identificado no CAMPO 1, solicito que seja examinada a possibilidade do mesmo passar a receber o adicional por ele indicado, a partir de ___/___/___, em decorrência da natureza do serviço que executa atualmente na função de _____ (conforme descrição abaixo). **Assumo** a responsabilidade de informar à Diretoria de Gestão de Pessoas da Secretaria de Administração, a data em que o servidor deixar de exercer as atividades que lhe conferem o presente direito, sob a pena de responder de forma compartilhada pelos efeitos pecuniários, em caso de omissão. **Afirmo** que ambos temos ciência de que, conforme o Art. 299 da Lei 2.848, é considerado falsidade ideológica, a omissão de dados, a alteração da verdade ou a inserção de declaração falsa, ficando o autor sujeito a julgamento conforme os rigores da lei.

Descrição das atividades exercidas pelo servidor (na função acima especificada):

_____	Florianópolis, ___ de _____ de 20__.
Carimbo e assinatura da chefia imediata.	

CAMPO 3 – GERÊNCIA DE PERÍCIA MÉDICA – ANÁLISE DA SOLICITAÇÃO

Opinamos pelo:			
<input type="checkbox"/> INDEFERIMENTO da solicitação, por não atender ao estabelecido pela legislação vigente;			
<input type="checkbox"/> DEFERIMENTO da solicitação, conforme Portaria 2470/1997 e Lei Complementar 063/2003. Após avaliação dessa Gerência, concluiu-se que o servidor deverá receber o adicional de _____%, grau _____ a partir de ___/___/___, correspondente à gratificação de:			
<input type="checkbox"/> INSALUBRIDADE <input type="checkbox"/> RISCO DE VIDA <input type="checkbox"/> PERICULOSIDADE			
DATA: _____/_____/_____	MÉDICO PERITO	TÉC. DE SEGURANÇA DO TRABALHO	GERENTE DE PERÍCIA MÉDICA

CAMPO 4 – DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS – PARECER

DATA: _____/_____/_____	CARIMBO E ASSINATURA
-------------------------	----------------------

CAMPO 5 – SECRETÁRIO MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO – PARECER

DATA: _____/_____/_____	CARIMBO E ASSINATURA
-------------------------	----------------------