

MANUAL

**DECLARAÇÃO DE
RECONHECIMENTO DE
TEMPO ESPECIAL EM
ATIVIDADES SOB
CONDIÇÕES ESPECIAIS**

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO DISTRITO FEDERAL

Governador do Distrito Federal
Ibaneis Rocha

Vice-Governador do Distrito Federal
Marcus Vinícius Britto

Presidente do Instituto de Previdência dos Servidores do Distrito Federal
Ney Ferraz Junior

Diretoria de Previdência
Ledamar Sousa Resende

Coordenadora de Reconhecimento de Direitos - CORED
Liliana Estela Sampaio Duarte

Elaboração
Unidade de Assuntos Estratégicos Previdenciários - APREV
Coordenação de Reconhecimento de Direitos - CORED

Colaboração
Gerência de Segurança do Trabalho – SEEC/SEQUALI/SUBSAUDE/DISPSS/GST

Revisão
Gerência de Segurança do Trabalho – SEEC/SEQUALI/SUBSAUDE/DISPSS/GST

Diagramação
Fabíola Gontijo Cardoso
Rebeca Souza (Estagiária)

SUMÁRIO

Apresentação	5
1. Público Alvo	6
2. Regulamentação utilizada	6
3. Objetivo	6
4. Termos/Siglas Utilizadas	6
5. Disposições Gerais	7
6. Processos	7
6.1. Requerimento do Servidor	7
6.2. Documentações para Inclusão pelos Órgãos	7
6.2.1. Ficha Cadastral	7
6.2.2. Fichas Financeiras	8
6.2.3. Históricos de Afastamentos	9
6.2.3.1. Histórico de Frequência	9
6.2.3.2. Histórico de Licenças Prêmio	9
6.2.3.3. Histórico de Outros Afastamentos	9
6.2.3.4. Histórico de Licenças Médicas	10
6.2.4. Declaração de Atividades Sob Condições Especiais	10
6.2.5. Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho - LTCAT	10
6.2.5.1. Para LTCATs emitidos pela Gerência de Segurança do Trabalho - SEEC/SUBSAUDE/DISPSS/GST	10
6.2.5.2. Para LTCATs Emitidos Por Outros Órgãos	11

6.2.6. Perfil Profissiográfico Previdenciários - PPP	11
6.3. Declaração de Tempo de Atividade Especial - DTE	11
ANEXO I (DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES SOB CONDIÇÕES) ESPECIAIS	12
ANEXO II (HISTÓRICO DE ATIVIDADE SOB CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA RISCOS BIOLÓGICOS)	13
ANEXO III (HISTÓRICO DE ATIVIDADE SOB CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA OUTROS RISCOS)	15
ANEXO IV (PERFIL PROFISSIOGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO – PPP)	17
ANEXO V (DECLARAÇÃO DE TEMPO DE ATIVIDADE ESPECIAL)	19

APRESENTAÇÃO

A Diretoria de Previdência do Instituto de Previdência dos Servidores do Distrito Federal, responsável pela coordenação da política de gestão e controle da manutenção dos benefícios previdenciários dos servidores aposentados e pensionistas do Regime Próprio dos Servidores do Distrito Federal, elaborou este Manual no intuito de organizar os procedimentos de reconhecimento do tempo especial em atividades sob condições especiais dos beneficiários, necessários para atestar o tempo para aposentadoria especial, abono de permanência ou conversão de tempo especial em comum em tempo normal para contagem de tempo para aposentadorias voluntárias cuja responsabilidade seja deste Instituto de Previdência.

A decisão sobre o Tema de repercussão geral nº 942 pelo Supremo Tribunal Federal tratou sobre a possibilidade da conversão de tempo especial e limitou seu alcance até a Emenda Constitucional nº 103/2019, abrindo a possibilidade após a mesma, desde que haja reciprocidade entre os regimes envolvidos.

Sendo assim, este Instituto preparou o presente manual no intuito de organizar o processo de contagem deste tempo para as diferentes finalidades.

Os instrumentos tais como o Perfil Profissiográfico Previdenciário e Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho são solicitados por motivo da Súmula Vinculante nº 33 recomendar que siga os passos do RGPS (Regime Geral de Previdência Social) na ausência de lei específica no RPPS (Regime Próprio de Previdência Social).

A primeira edição deste Manual, obtida como resultado do Grupo de trabalho instituído pela Portaria Conjunta nº 03, de 30 de julho de 2021 entre SEEC e IPREV-DF em função da Decisão 2.331/2021 do Tribunal de Contas do Distrito Federal, descreve a maneira dos procedimentos a serem adotados na elaboração da declaração de reconhecimento de tempo especial de responsabilidade da Coordenação de Reconhecimento de Direitos - CORED.

Desta forma, o presente Manual não constitui uma obra perfeita e acabada, o que ensejará permanente atualização, tanto no que diz respeito às alterações das normas quanto na racionalização e modernização dos procedimentos e rotinas.

1. PÚBLICO ALVO

Servidores do Instituto de Previdência dos Servidores do Distrito Federal, em especial da Coordenação de Reconhecimento de Direitos – CORED da Diretoria de Previdência, servidores que se enquadram em tal demanda e áreas afins ao processo em geral.

2. REGULAMENTAÇÃO UTILIZADA

- Emenda Constitucional nº 103/2019, de 12 de novembro de 2019
- Súmula vinculante nº 33, 09 de abril de 2014 – STF
- Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991
- Lei Complementar nº 840, de 23 de dezembro de 2011
- Decreto Nº 3.048, de 6 de maio de 1999
- Decisão nº 6611/2010 – TCDF
- Instrução Normativa nº 1, de 22 de julho de 2010 – SPS/MPS
- Instrução Normativa nº 77, de 21 de janeiro de 2015 – INSS
- Orientação Normativa SEGEP/MP nº 16, de 23 de dezembro de 2013
- Orientação Normativa SEGEP/MP nº 5, de 22 de julho de 2014
- Nota Técnica SEI nº 792/2021/ME
- Nota Técnica SEI nº 6178/2021/ME

3. OBJETIVO

Estabelecer procedimentos e descrever as responsabilidades de cada setor no processo de elaboração da declaração de reconhecimento de tempo especial no Instituto de Previdência dos Servidores do Distrito Federal.

4. TERMOS/SIGLAS UTILIZADAS

- IPREV/DF – Instituto de Previdência dos Servidores do Distrito Federal
- CORED – Coordenação de Reconhecimento de Direitos
- GST – Gerência de Segurança do Trabalho
- SIGRH - Sistema Único de Gestão de Recursos Humanos
- SIGRHweb - Sistema Único de Gestão de Recursos Humanos (ambiente web)
- SEI! – Sistema Eletrônico de Informações
- LTCAT – Laudo Técnico de Condições Ambientais de Trabalho
- PPP – Perfil Profissiográfico Previdenciário
- DTE – Declaração de Tempo de Atividade Especial

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

A execução do Processo de produção da Declaração de Tempo de Atividade Especial de deverá seguir os métodos descritos neste Manual e suas atualizações.

6. PROCESSOS

6.1. REQUERIMENTO DO SERVIDOR

O servidor interessado deve abrir um processo no sistema SEI! constando a finalidade para que deseja a declaração de tempo especial (aposentadoria, abono de permanência, conversão de tempo especial em tempo comum) e a fundamentação legal.

Após a inclusão do requerimento, incluir um documento de identificação pessoal digitalizado no processo e solicitar a autenticação do documento externo por qualquer outro servidor no sistema SEI!.

Feito isso, encaminhar o processo para o Setorial de Gestão de Pessoas do Órgão.

6.2. DOCUMENTAÇÕES PARA INCLUSÃO PELOS ÓRGÃOS

6.2.1. FICHA CADASTRAL

O órgão de origem deve emitir a ficha cadastral do interessado através do SIGRH, na tela CADRCA07 (Figura 1. TELA CADRCA07 NO SIGRH).

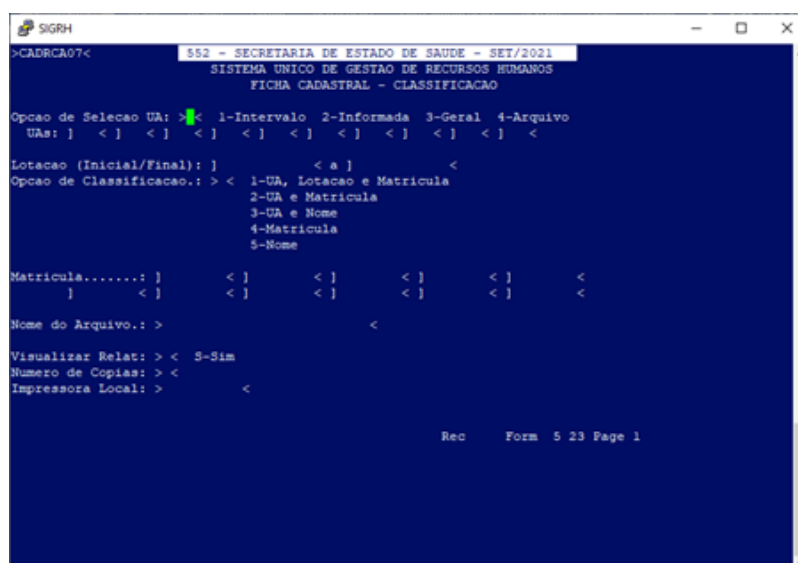


Figura 1. TELA CADRCA07 NO SIGRH

Após a geração, anexar o documento externo emitido pelo sistema SIGRH no SEI! e autenticá-lo.

6.2.2. FICHAS FINANCEIRAS

O órgão de origem deve emitir a ficha financeira de toda a vida laboral do interessado através do SIGRHWEB (Figura 2: TELA DO SIGRHWEB PARA FICHAS FINANCEIRAS):

- a. Pagamentos
- b. Relatórios de Pagamento (RPG)
- c. Ficha Financeira Individual

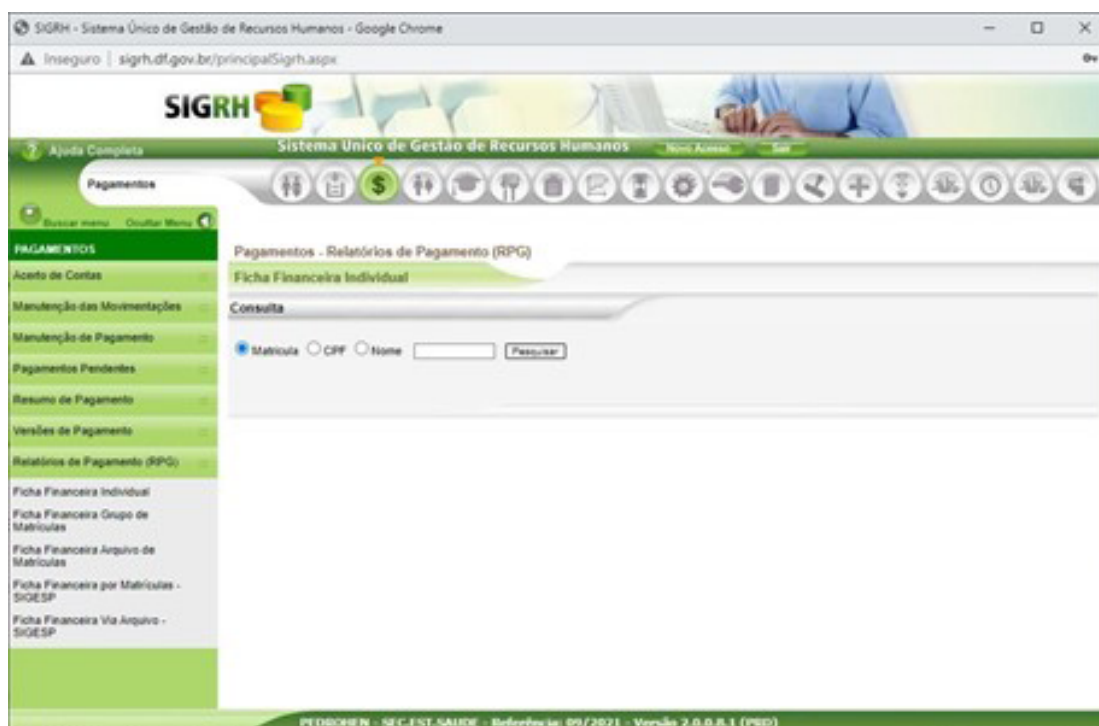


Figura 2: TELA DO SIGRHWEB PARA FICHAS FINANCEIRAS

Caso a data de admissão seja anterior à implantação do SIGRH, anexar fichas financeiras de outros sistemas, solicitar digitalização ao arquivo do órgão ou ao servidor, se ele possuir os originais.

Caso nenhuma dessas opções seja possível, anexar um documento contendo a justificativa da ausência, assinado pela chefia do setorial de gestão de pessoas.

6.2.3. HISTÓRICOS DE AFASTAMENTOS

6.2.3.1. HISTÓRICO DE FREQUÊNCIA

O órgão de origem deve produzir um quadro constando todas as faltas injustificadas que o servidor teve ao longo de sua vida laboral.

As faltas devem ser, preferencialmente, identificadas o dia e mês de cada ano.

Este histórico deve ser assinado pelo setorial de gestão de Pessoas do Órgão.

6.2.3.2. HISTÓRICO DE LICENÇAS PRÊMIO

O órgão de origem deve emitir o Demonstrativo Individual de LPA do interessado através do SIGRH, na tela CADLPA61 (Figura 3).

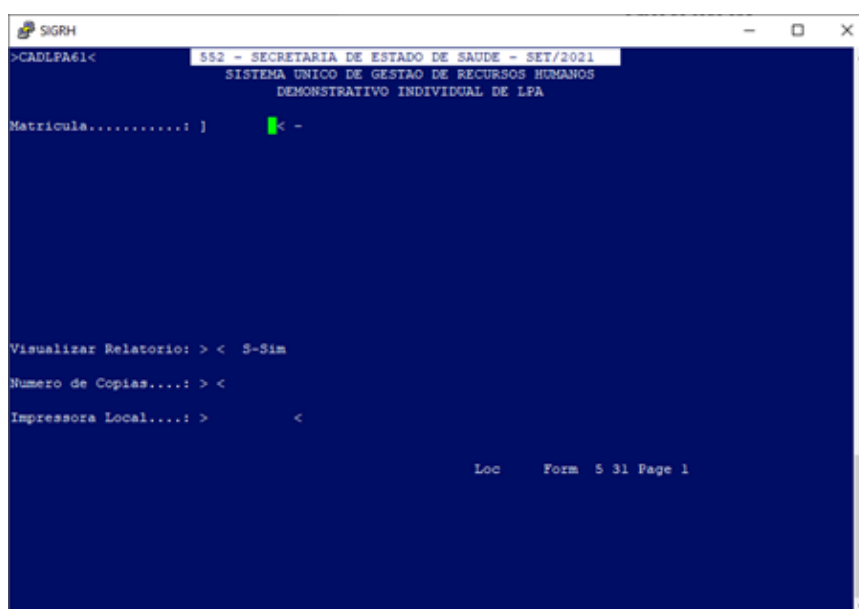


Figura 3: TELA CADLPA61 NO SIGRH

Após a geração, anexar o documento externo emitido pelo sistema SIGRH no SEI! e autenticá-lo.

6.2.3.3. HISTÓRICO DE OUTROS AFASTAMENTOS

O órgão de origem deve emitir um quadro demonstrativo dos afastamentos ao longo da vida laboral do interessado, constando outros afastamentos, tais como: Licença Gala, Licença Luto, Licença Paternidade, Licença Maternidade, Cessões, Licenças sem vencimento e outros.

Este quadro deve ser assinado pelo setorial de Gestão de Pessoas do Órgão.

6.2.3.4. HISTÓRICO DE LICENÇAS MÉDICAS

O órgão de origem deve encaminhar o processo para a unidade responsável pelo registro das informações de afastamentos por motivos médicos.

Essa unidade deve emitir um quadro demonstrativo com essas informações e devem constar a fundamentação legal ou a descrição do afastamento, pois de acordo com a Decisão

6.611/2010-TCDF, a ON nº 10/2010-SRH/MPOG e a ON nº 16/2013-

SRH/MPOG, que revogou a ON nº 10/2010-SRH/MPOG, não serão deduzidas as licenças médicas por motivo de acidente de serviço ou doença profissional ou para tratamento da própria saúde até a data de 23/12/2013 e após essa data apenas não serão deduzidas as licenças médicas por motivo de acidente de serviço ou doença profissional

Este quadro deve ser assinado pela unidade responsável pelas informações prestadas.

6.2.4. DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES SOB CONDIÇÕES ESPECIAIS

O setorial de gestão de pessoas deverá, nos casos em que o servidor necessitar da comprovação do tempo anterior à 29/04/1995, preencher a “DECLARACAO DE ATIVIDADES SOB CONDIÇÕES ESPECIAIS” (ANEXO I).

6.2.5. LAUDO TÉCNICO DE CONDIÇÕES AMBIENTAIS DE TRABALHO - LTCAT

6.2.5.1. PARA LTCATs EMITIDOS PELA GERÊNCIA DE SEGURANÇA DO TRABALHO -SEEC/SUBSAUDE/DISPSS/GST

O setorial de gestão de pessoas deve solicitar às chefias das áreas onde o servidor interessado atuou durante sua vida laboral que preencham o formulário “HISTÓRICO DE ATIVIDADE SOB CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA RISCOS BIOLÓGICOS” (ANEXO II) para riscos biológicos ou o “HISTÓRICO DE ATIVIDADE SOB CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA OUTROS RISCOS”(ANEXO III (HISTÓRICO DE ATIVIDADE SOB CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA OUTROS RISCOS)) para outros riscos.

Cada histórico deve ser assinado pela chefia da área de lotação ou as instâncias superiores.

Isto feito, o órgão de origem encaminhará o processo para a emissão do LTCAT de períodos entre 29/04/1995, em respeito aos termos da Instrução Normativa Nº 01, de 22 de julho de 2010 do INSS e Parecer n.º 741/2015 - PROPES/PGDF, até 31 de dezembro de 2003 (Art. 258 da IN Nº 77, de 21 de janeiro de 2015).

Após 2004, a GST poderá substituir pela emissão de relatório constando as informações indispensáveis de levantamento ambiental do período para ser incluído na seção II do PPP pelo setorial de gestão de pessoas.

Ambos documentos devem constar em suas conclusões se as atribuições e atividades desempenhadas pelo servidor interessado naquele período se enquadram no rol taxativo presente no ANEXO IV do Decreto 3.048/1999.

6.2.5.2. PARA LTCATs EMITIDOS POR OUTROS ÓRGÃOS

O órgão procederá da maneira definida internamente para a emissão do LTCAT dos períodos relacionados e solicitados.

Após a data de 01 de abril de 2004, a área responsável pode substituir pela emissão de relatório constando as informações indispensáveis de levantamento ambiental do período para ser incluído na seção II do PPP pelo setorial de gestão de pessoas.

Ambos documentos devem constar em suas conclusões se as atribuições e atividades desempenhadas pelo servidor interessado naquele período se enquadram no rol taxativo presente no ANEXO IV do Decreto 3.048/1999.

7.2.6. PERFIL PROFISSIOGRÁFICO PREVIDENCIÁRIOS – PPP

O setorial de gestão de pessoas deve produzir o PPP contendo todas as informações constantes nos LTCATs e registros apresentados no processo conforme modelo apresentado no ANEXO IV (PERFIL PROFISSIOGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO – PPP).

7.3. DECLARAÇÃO DE TEMPO DE ATIVIDADE ESPECIAL - DTE

A DTE será um quadro com todas as informações, deduções de tempo/afastamentos, emitida pelo IPREV/DF conforme modelo ANEXO V.

Nela conterà o quantitativo de dias que o servidor interessado faz jus para comprovação em casos de solicitações de abono de permanência e/ou aposentadoria por tempo especial.

Nela conterà também o quantitativo de dias a ser acrescido em casos de utilização de tempo especial convertido em tempo comum para aposentadorias por tempo de contribuição.

A declaração deve ser assinada pelo analista do IPREV/DF que produziu, bem como a Coordenação de Reconhecimento de Direitos, a Diretoria de Previdência e o Diretor Presidente.

ANEXO I

(DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES SOB CONDIÇÕES ESPECIAIS)

(Obrigatório para comprovação de períodos anteriores a 29.04.1995)

Declaramos para os devidos fins que o(a) servidor(a) **XXX** – Matr. **xxxxxxx-x**, CPF n.º **xxx.xxx.xxx-xx**, ocupante do cargo de **xxxxxxxxxxxxxxxxxx**, admitido em **xx.xx.xxxx**, realizou de forma efetiva, atividades profissionais exposto(a) a agentes nocivos à saúde e a integridade física no período compreendido entre **xx.xx.xxxx a 28.04.1995**, análogas às categorias, presumidamente, sujeitas às condições especiais, de acordo com as ocupações/grupos profissionais constantes no **Anexo II do Decreto n.º 3.048, de 06 de maio de 1999**.

O enquadramento administrativo por categoria atende ao previsto no Art. 3º da Instrução Normativa nº 1, de 22 de julho de 2010, do Ministério da Previdência Social (MPS), que estabelece orientações para o reconhecimento, pelos Regimes Próprios de Previdência Social da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, do direito à aposentadoria dos servidores públicos com requisitos e critérios diferenciados, de que trata o art. 40, § 4º, inciso III da Constituição Federal (CF), com fundamento na Súmula Vinculante nº 33/2014 ou por ordem concedida em Mandado de Injunção, pelo Supremo Tribunal Federal (STF).

O tempo laboral a que se refere esta Declaração poderá ser utilizado exclusivamente para fins de obtenção de benefícios previdenciários, sendo tais informações de caráter privativo do(a) servidor(a).

É de inteira responsabilidade do gestor a veracidade das informações prestadas, estando este, ciente das penalidades cabíveis em caso de má fé, previstas no Art. 297 e 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Brasília, xx de xxxxxx de xxxx.

NOME COMPLETO

CARGO/FUNÇÃO

Matr.

ANEXO II

(HISTÓRICO DE ATIVIDADE SOB CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA RISCOS BIOLÓGICOS)

(Obrigatório para a emissão de LTCAT Extemporâneo pela SEEC/SUBSAUDE/DISPSS/GST)

DADOS ADMINISTRATIVOS

INFORMAÇÕES DO INTERESSADO		
NOME COMPLETO:	MATRÍCULA:	
CARGO/FUNÇÃO:	CLASSE/PADRÃO:	SEXO:
DATA DE ADMISSÃO:	PERÍODO LABORAL:	
UNIDADE LABORAL:	SETOR DE LOTAÇÃO:	

INFORMAÇÕES DA CHEFIA IMEDIATA		
NOME COMPLETO:	NO CARGO DESDE:	TELEFONE DE CONTATO/E-MAIL:

DADOS DA PROFISSIOGRAFIA
DESCRIÇÃO SUCINTA DAS ATIVIDADES DO SETOR: <i>descrever conforme o regimento interno ou outros regulamentos.</i>
DESCRIÇÃO SUCINTA DAS ATIVIDADES DO SERVIDOR(A): <i>descrever tão somente aquelas atividades em que o servidor tem contato direto na realização de atendimento assistencial junto a pacientes.</i>

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
1. O(A) servidor(a) PRESTAVA/PRESTA atendimento assistencial de FORMA DIRETA e PERMANENTE a pacientes portadores de doenças infectocontagiosas? () Sim () Não. Se sim, cite as principais doenças encontradas comumente nesta área:
2. No setor HAVIA/HÁ manuseio de materiais contaminados? () Sim () Não Se sim, cite quais materiais contaminados o servidor MANUSEAVA/MANUSEIA:
3. O setor REALIZAVA/REALIZA trabalhos em gabinetes de autópsia, de anatomia e anátomo-histopatologia? () Sim () Não
4. O setor POSSUÍA/POSSUI área de isolamento para atendimento de pacientes portadores de doenças infectocontagiosas? () Sim () Não. Se sim, o servidor ACESSAVA/ACESSA a área com que frequência? () Permanente (<i>toda a jornada diária</i>) () Intermitente (<i>de vez em quando na jornada diária</i>) () Eventual (<i>de vez em quando na jornada semanal</i>)
5. EXISTIA/EXISTE no setor recomendações para evitar ou reduzir a exposição a agentes nocivos à saúde e a integridade física? () Sim () Não () Não há informações. Se sim, citar quais ou anexar documentos.
6. EXISTIA/EXISTE no setor recomendações para reduzir acidentes do trabalho e infecções hospitalares? () Sim () Não. Se sim, citar quais ou anexar documentos.

<p>7. O setor FAZIA/FAZ uso de produtos químicos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Não há registros. Se sim, cite quais:</p>
<p>8. O setor REALIZAVA/REALIZA atividades com uso de Raio-X ou substâncias radioativas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, cite quais:</p>
<p>9. O(A) servidor(a) EXERCEU/EXERCE cargo em comissão de chefia, gerência ou supervisão no período laboral? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, continuou realizando atendimentos assistenciais com qual frequência? <input type="checkbox"/> Permanente (<i>toda a jornada diária</i>) <input type="checkbox"/> Intermitente (<i>de vez em quando na jornada diária</i>) <input type="checkbox"/> Eventual (<i>de vez em quando na jornada semanal</i>)</p>
<p>10. O(A) servidor(a) FAZIA/FAZ uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI)? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Não há registros. Se sim, cite quais:</p> <p>Obs. É importante esclarecer que em se tratando de exposição a agentes biológicos, a utilização de EPI não descaracteriza o exercício de atividade especial, pois sua ineficácia é presumida.</p>
<p>11. EXISTIA/EXISTE medidas de proteção coletiva, de caráter administrativo ou de organização do trabalho, optando-se pelo EPI por inviabilidade técnica, insuficiência ou interinidade, ou ainda em caráter complementar ou emergencial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não há registros.</p>
<p>12. No período da lotação o servidor ESTEVE/ESTÁ cumprindo restrição laborativa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, descreva detalhadamente qual a restrição:</p>

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

É de inteira responsabilidade do gestor as informações prestadas, estando este ciente das penalidades cabíveis em caso de má fé, previstas no Art. 297 e 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Brasília, xx de xxxxxx de xxxx.

NOME COMPLETO
CARGO/FUNÇÃO
Matr.

ANEXO III

(HISTÓRICO DE ATIVIDADE SOB CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA OUTROS RISCOS)

(Obrigatório para a emissão de LTCAT Extemporâneo pela SEEC/SUBSAUDE/DISPSS/GST)

DADOS ADMINISTRATIVOS		
INFORMAÇÕES DO INTERESSADO		
NOME COMPLETO:	MATRÍCULA:	
CARGO/FUNÇÃO:	CLASSE/PADRÃO:	SEXO:
DATA DE ADMISSÃO:	PERÍODO LABORAL:	
UNIDADE LABORAL:	SETOR DE LOTAÇÃO:	
INFORMAÇÕES DA CHEFIA IMEDIATA		
NOME COMPLETO:	NO CARGO DESDE:	TELEFONE DE CONTATO/E-MAIL:
DADOS DA PROFISSIOGRAFIA		
DESCRIÇÃO SUCINTA DAS ATIVIDADES DO SETOR: <i>descrever conforme o regimento interno ou outros regulamentos.</i>		
DESCRIÇÃO SUCINTA DAS ATIVIDADES DO SERVIDOR(A): <i>descrever tão somente aquelas atividades em que o servidor tem contato direto na realização de atendimento assistencial junto ao pacientes.</i>		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		
1. O(A) servidor(a) ESTAVA/ESTÁ exposto ao agente físico ruído? () Sim () Não. Se sim, há registros ambientais? () Sim () Não. Se sim, anexar os documentos.		
2. O(A) servidor(a) ESTAVA/ESTÁ exposto ao agente físico vibração? () Sim () Não. Se sim, há registros ambientais? () Sim () Não. Se sim, anexar os documentos.		
3. O(A) servidor(a) ESTAVA/ESTÁ exposto ao agente físico radiação ionizante (<i>partículas alfa, partículas beta e partículas eletromagnéticas como raios-X e gama</i>)? () Sim () Não. Se sim, há registros ambientais? () Sim () Não. Se sim, anexar os documentos.		
4. O(A) servidor(a) ESTAVA/ESTÁ exposto ao agente físico radiação não-ionizante (<i>micro-ondas, ultravioletas e laser</i>)? () Sim () Não. Se sim, há registros ambientais? () Sim () Não. Se sim, anexar os documentos.		
5. O(A) servidor(a) ESTAVA/ESTÁ exposto a produtos químicos? () Sim () Não. Se sim, cite quais. Há registros ambientais? () Sim () Não. Se sim, anexar os documentos.		
6. O(A) servidor(a) ESTAVA/ESTÁ exposto ao agente físico eletricidade? () Sim () Não. Se sim, Há registros ambientais?		

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, anexar os documentos.
Observação: Até 05.03.1997 o risco físico eletricidade é considerado como período de exercício de atividade especial para fins de aposentadoria especial.
7. O(A) servidor(a) ESTAVA/ESTÁ exposto ao agente físico frio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, Há registros ambientais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, anexar os documentos.
8. O(A) servidor(a) ESTAVA/ESTÁ exposto ao agente físico umidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, Há registros ambientais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, anexar os documentos.
9. O(A) servidor(a) ESTAVA/ESTÁ exposto ao agente físico calor? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, Há registros ambientais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, anexar os documentos.
10. EXISTIA/EXISTE no setor recomendações para evitar ou reduzir a exposição a agentes nocivos à saúde e a integridade física? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não há informações. Se sim, citar ou anexar documentos.
11. EXISTIA/EXISTE no setor recomendações para reduzir acidentes do trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, citar ou anexar documentos.
12. O(A) servidor(a) EXERCEU/EXERCE cargo em comissão de chefia, gerência ou supervisão no período laboral? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, continuou realizando atendimentos assistenciais com qual frequência? <input type="checkbox"/> Permanente (<i>toda a jornada diária</i>) <input type="checkbox"/> Intermitente (<i>de vez em quando na jornada diária</i>) <input type="checkbox"/> Eventual (<i>de vez em quando na jornada semanal</i>)
13. O(A) servidor(a) FAZIA/FAZ uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI)? <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Não. <input type="checkbox"/> Não há registros. Se sim, cite quais:
14. EXISTIA/EXISTE medidas de proteção coletiva, de caráter administrativo ou de organização do trabalho, optando-se pelo EPI por inviabilidade técnica, insuficiência ou interinidade, ou ainda em caráter complementar ou emergencial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não há registros.
15. No período da lotação o servidor ESTEVE/ESTÁ cumprindo restrição laborativa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se sim, descreva detalhadamente qual a restrição:

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

É de inteira responsabilidade do gestor as informações prestadas, estando este ciente das penalidades cabíveis em caso de má fé, previstas no Art. 297 e 299 do Código Penal.
Por ser verdade, firmo o presente.

Brasília, xx de xxxxxx de xxxx.

NOME COMPLETO
CARGO/FUNÇÃO
Matr.

ANEXO IV

(PERFIL PROFISSIOGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO – PPP)

I	SEÇÃO DE DADOS ADMINISTRATIVOS						
1 - CNPJ			2 - Razão Social ou órgão de origem			3 - CNAE	
4 - Nome do Trabalhador			5 - BR/PDH			6 - NIT/PASEP	
7 - Data de Nascimento		8 - Sexo (M/F)		9 - CTPS (Nº, Série e UF)?		10 - Data de Admissão	11 - Regime Revezamento
12 - CAT REGISTRADA/ACIDENTE EM SERVIÇO							
12.1 - Data do Registro		12.2 - Número da CAT/AS		12.1 - Data do Registro		12.2 - Número da CAT/AS	
13 - LOTAÇÃO E ATRIBUIÇÃO							
13.1 - Período	13.2 - CNPJ/CEI	13.3 - Setor	13.4 - Cargo	13.5 - Função	13.6 - CBO	13.7 - Cod. GFIP	
14 - PROFISSIOGRAFIA							
14.1 - Período		14.2 - Descrição das Atividades					
II SEÇÃO DE REGISTROS AMBIENTAIS							
15- EXPOSIÇÃO A FATORES DE RISCOS							
15.1 - Período	15.2 - Tipo	15.3 - Fator Risco	15.4 - Intens./ Conc.	15.5 - Técnica Utilizada	15.6 - EPC Eficaz (S/N)	15.7 - EPI Eficaz (S/N)	15.8 - CA EPI
15.9 - Atendimento aos requisitos das NR-06 e NR-09 do MTE pelos EPI informados							S/N
Foi tentada a implementação de medidas de proteção coletiva, de caráter administrativo ou de organização do trabalho, optando-se pelo EPI por inviabilidade técnica, insuficiência ou interinidade, ou ainda em caráter complementar ou emergencial.							
Foram observadas as condições de funcionamento e do uso ininterrupto do EPI ao longo do tempo, conforme especificação técnica do fabricante, ajustada às condições de campo.							
Foi observado o prazo de validade, conforme Certificado de Aprovação-CA do MTE.							
Foi observada a periodicidade de troca definida pelos programas ambientais, comprovada mediante recibo assinado pelo usuário em época própria.							
Foi observada a higienização.							
15.10 – Conclusão							
16 - RESPONSÁVEL PELOS REGISTROS AMBIENTAIS							

16.1 - Período	16.2 – NIT/pasep	16.3 - Registro Conselho de Classe	16.4 - Nome do Profissional Legalmente Habilitado
III	SEÇÃO DE RESULTADOS DE MONITORAÇÃO BIOLÓGICA		
<p><i>"é vedado ao Médico do Trabalho, sob pena de violação de sigilo médico profissional, disponibilizar, à empresa ou ao empregador equiparados à empresa, as informações exigidas no anexo XV da seção III, SEÇÃO DE RESULTADOS DE MONITORAÇÃO BIOLÓGICA, campo 17 e seguintes, do PPP, previstos na IN nº 99/2003. Fica o Médico do Trabalho responsável pelo encaminhamento das informações supracitadas diretamente à perícia do INSS - Resolução do CFM".</i></p>			
IV	RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES		
<p><i>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 da empresa. É de nosso conhecimento que a prestações 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 trabalhador, constituindo crime, nos termos da Lei nº 9.029/95, práticas discriminatórias decorrentes de sua exigibilidade por outrem, bem como de sua divulgação para terceiros, ressalvado quando exigida pelos órgãos públicos competentes.</i></p>			
19 - Data Emissão PPP	20 - REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA		
	20.1 - NIT	20.2 - Nome	
	(Carimbo)	(Assinatura)	
OBSERVAÇÕES			

ANEXO V

(DECLARAÇÃO DE TEMPO DE ATIVIDADE ESPECIAL)

DECLARAÇÃO DE TEMPO DE ATIVIDADE ESPECIAL								
NOME DO SERVIDOR(A)								
SEXO:				MATRÍCULA:				
CPF:				DATA DE NASCIMENTO:				
CARGO EFETIVO:								
ÓRGÃO DE LOTAÇÃO:								
DATA INÍCIO DE APURAÇÃO:		17/08/1990		DATA FIM DE APURAÇÃO:		31/08/2021		
FONTE DE INFORMAÇÃO:		Processo Nº						
ANO	TEMPO BRUTO	DEDUÇÕES						TEMPO LÍQUIDO
		FALTAS	LICENÇAS MÉDICAS	LICENÇAS SEM VENCIMENTOS	LICENÇAS-PRÊMIO	SUSPENSÕES	OUTROS	
1990	137							137
1991	365							365
1992	366							366
1993	365							365
1994	365							365
1995	365							365
1996	366							366
1997	365							365
1998	365							335
1999	365							365
2000	366							366
2001	365							365
2002	365							365
2003	365							365
2004	366							366
2005	365							365
2006	365							365
2007	365							365
2008	366							366
2009	365							365
2010	365							365
2011	365							365
2012	366							366
2013	365							365
2014	365							365
2015	365							335
2016	366							306
2017	365							365
2018	365							365
2019	365							365
2020	366							366
2021	242							242
TOTAL TEMPO EM ATIVIDADES ESPECIAIS								

TOTAL TEMPO ESPECIAL PARA FINS DE CONVERSÃO	
FATOR DE CONVERSÃO (%)	
TOTAL TEMPO ESPECIAL CONVERTIDO EM TEMPO COMUM	

CERTIFICO, em face do apurado, que o(a) servidor(a) conta com:

- Tempo total em atividades especiais: * **dias**, correspondente a **anos**, **meses** e **dias**.
- Tempo especial convertido em tempo comum: * **dias**, correspondente a **anos**, **meses** e **dias** (**CONVERSÃO DE TEMPO ATÉ A PUBLICAÇÃO DA EC/103 DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019**).

DISCRIMINAÇÃO DAS DEDUÇÕES CONSTANTES DOS ASSENTAMENTOS INDIVIDUAIS:

FALTAS:

LICENÇAS MÉDICAS:

LICENÇAS SEM VENCIMENTO:

LICENÇAS-PRÊMIO:

SUSPENSÃO:

OUTROS:

OBSERVAÇÃO:

Lavrei a Certidão que não contém emendas nem rasuras.
Analista do IPREV

Visto da Diretora de Previdência

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO DISTRITO FEDERAL

HOMOLOGO o presente documento e declaro que as informações nele constantes correspondem com a verdade.

Presidente do IPREV-DF

ESTE DOCUMENTO NÃO CONTÉM EMENDAS NEM RASURAS.



INSTITUTO DE
PREVIDÊNCIA
DOS SERVIDORES
DO DISTRITO FEDERAL



VISÃO

Ser reconhecido, por beneficiários e contribuintes, pela excelência na gestão previdenciária no Distrito Federal.



VALORES

Integridade, confiabilidade, sustentabilidade e transparência.



MISSÃO

Trabalhar para a construção de um futuro previdenciário seguro a seus beneficiários, com o menor impacto possível aos contribuintes.

Conheça mais em
www.iprev.df.gov.br

