 **PERFIL PROFISSIOGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO – PPP - ANEXO XV**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS ADMINISTRATIVOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1-CNPJ do Domicílio Tributário/CEI:** | | | | | | | | | | | | | **2-Nome Empresarial:** | | | | | | | | | | | | **3-CNAE:** | | | |
| **4-Nome do Trabalhador:** | | | | | | | | | | | | | **5-BR/PDH:** | | | | | | **6-CPF:** | | | | | | | | | |
| **7-Data Nascimento:** | | | | | **8-Sexo (F/M):** | | | | | | | | **9- Matricula do Trabalhador no eSocial:** | | | | | | **10-Data de Admissão:** | | | | | | **11-Regime Revezamento**: | | | |
| **12-CAT REGISTRADA:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **12.1-Data do Registro** | | | | | | | **12.2-Número da CAT** | | | | | | | | **12.1-Data do Registro** | | | | | | | **12.2-Número da CAT** | | | | | | |
| **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-Código GFIP/ eSocial:** | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | |
| **14- PROFISSIOGRAFIA:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **14.1- Período:** | | | | | | | | **14.2- Descrição das Atividades:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SEÇÃO DE REGISTRO AMBIENTAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **15- EXPOSIÇÃO A FATORES DE RISCOS:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **15.1-Período** | **15.2 - Tipo** | **15.3 - Fator de Risco** | | | | **15.4 - Intensidade/ Concentração** | | | | | **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 01 do**  **MTP pelos EPIs informados (\*)** | | | | | | | | |
| **Medida de Proteção** | | **Condição de funcionamento do EPI** | | **Prazo de Validade do EPI** | | **Periodicidade da Troca do EPI** | | **Higienização do EPI** |
|  |  |  | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | | | |  | | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| **(\*) Legenda do item 15.9:**  Medida de Proteção: 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?  Condição de Funcionamento do EPI: Foram observadas as condições de funcionamento e do uso ininterrupto do EPI ao longo do tempo, conforme especificação técnica do fabricante, ajustada às condições?  Prazo de Validade do EPI: Foi observado o prazo de validade, conforme Certificado de Aprovação **–** CA do MTP?  Periodicidade da Troca do EPI: Foi observada a periodicidade de troca definida pelos programas ambientais, comprovada mediante recibo assinado pelo usuário em época própria?  Higienização do EPI: Foi observada a higienização? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **16 -RESPONSÁVEL PELOS REGISTROS AMBIENTAIS:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **16.1- Período** | | | | | | | | | **16.2- CPF** | | | | | | | | **16.3- Registro Conselho**  **de Classe** | | | | | **16.4-Nome do Profissional**  **Legalmente Habilitado** | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | |
| **RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Declaramos, para todos 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 prestação de informações falsas neste documento constitui crime de falsificação de documento público, nos termos do art. 297 do Código Penal e, também, que tais informações são de caráter privativo do trabalhador, 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **17- Data da Emissão PPP:** | | | | | | | | | | **18- Representante Legal da Empresa:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | **18.1- CPF do Representante Legal:** | | | | | | | | | | | **18.2- Nome do Representante Legal:** | | | | | | | |
| (Carimbo da Empresa) | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Assinatura) | | | | | | | |
| OBSERVAÇÕES: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PROTOCOLO:**  Declaro que recebi Perfil Profissiográfico Previdenciário – PPP, em / /  Assinatura do Servidor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |