ANEXO I

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 85 /PRES/INSS, DE 18 DE FEVEREIRO DE 2016

(Substitui o Anexo XV da IN nº 77/PRES/INSS, de 21 de janeiro de 2015)

PERFIL PROFISSIOGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO – PPP

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS ADMINISTRATIVOS** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1- CNPJ do Domicílio Tributário/CEI | | | | | 2-Nome Empresarial | | | | | | | 3- CNAE | | | |
| 4-Nome do Trabalhador | | | | | 5-BR/PDH | | | | | | 6-NIT | | | | |
| 7-Data do Nascimento | | 8-Sexo (F/M) | | | 9-CTPS (Nº, Série e UF) | | | | | | 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 |
| \_\_/\_ /\_\_a /\_\_/\_\_ |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  |
| / / a  / / |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  |
| / / a  / / |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  |
| / / a  / / |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |  |
| 14-PROFISSIOGRAFIA: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14.1-Período | | | 14.2-Descrição das Atividades | | | | | | | | | | | | |
| / / a / / | | |  | | | | | | | | | | | | |
| / / a / / | | |  | | | | | | | | | | | | |
| / / a / / | | |  | | | | | | | | | | | | |
| / / a / / | | |  | | | | | | | | | | | | |
| / / a / / | | |  | | | | | | | | | | | | |
| / / a / / | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **REGISTROS 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 |
| / / a  / / |  | |  | | |  | |  | | |  |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| / / a  / / |  |  |  |  | |  |  |  |
| / / a  / / |  |  |  |  | |  |  |  |
| / / a  / / |  |  |  |  | |  |  |  |
| / / a  / / |  |  |  |  | |  |  |  |
| 15.9-ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DAS NR-06 E NR-09 DO MTE PELOS EPI  INFORMADOS: | | | | | | | | Sim/Não |
| Foi tentada a implementação de medidas de proteção coletiva, de caráter administrativo ou de organização do trabalho, optando-se pelo Equipamento de Proteção Individual – 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. | | | | | | | |  |
| 16-RESPONSÁVEL PELOS REGISTROS AMBIENTAIS: | | | | | | | | |
| 16.1-Período | | 16.2-IT | | 16.3-Registro Conselho de Classe | | | 16.4-Nome do  Profissional Legalmente Habilitado | |
| / / a / / | |  | |  | | |  | |
| / / a / / | |  | |  | | |  | |
| / / a / / | |  | |  | | |  | |
| / / a / / | |  | |  | | |  | |
| / / a / / | |  | |  | | |  | |
| **RESULTADOS DE MONITORAÇÃO BIOLÓGICA** | | | | | | | | |
| 17-EXAMES MÉDICOS CLÍNICOS E COMPLEMENTARES (Quadros I e II, da NR-07): | | | | | | | | |
| 17.1-Data | 17.2-Tipo | | 17.3-Natureza | | 17-4 Exame (R/S) | | 17.5-Indicação de Resultados | |
| / / |  | |  | | ( ) Normal | | ( ) Alterado ( ) Estável  ( ) Agravamento ( ) Ocupacional  ( ) Não Ocupacional | |
| / / |  | |  | | ( ) Normal | | ( ) Alterado ( ) Estável  ( ) Agravamento ( ) Ocupacional  ( ) Não Ocupacional | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | |  | | |  | ( ) Estável  ( ) Estável  ( ) Agravamento ( ) Ocupacional  ( ) Não Ocupacional |
|  |  | | |  | | |  | ( ) Estável  ( ) Agravamento ( ) Ocupacional  ( ) Não Ocupacional |
| / / |  | | |  | | | ( ) Normal | ( ) Alterado ( ) Estável  ( ) Agravamento ( ) Ocupacional  ( ) Não Ocupacional |
| 18-RESPONSÁVEL PELA MONITORAÇÃO BIOLÓGICA: | | | | | | | | |
| 18.1-Período | | | 18.2-NIT | | 18.3-Registro Conselho de Classe | | | 18.4-Nome do Profissional  Legalmente Habilitado |
| / / a / / | | |  | |  | | |  |
| / / a / / | | |  | |  | | |  |
| / / a / / | | |  | |  | | |  |
| / / a / / | | |  | |  | | |  |
| / / a / / | | |  | |  | | |  |
| **RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES** | | | | | | | | |
| *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 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.* | | | | | | | | |
| 19-Data Emissão PPP | | 20-REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA | | | | | | |
| / / | | 20.1-NIT | | | | 20.2-Nome | | |
| (Carimbo) | | | | (Assinatura) | | |
| OBSERVAÇÕES: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |