

ANEXO XV

INSTRUÇÃO NORMATIVA INSS/PRES Nº 27, DE 30 DE ABRIL DE 2008

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 20/INSSPRES, DE 10 DE OUTUBRO DE 2007

PERFIL PROFISSIOGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO – PPP

| I-SEÇÃO DE 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 Cód. GFIP | |
| _/_/_ a _/_/_ | | | | | | | | |
| _/_/_ a _/_/_ | | | | | | | | |
| _/_/_ a _/_/_ | | | | | | | | |
| _/_/_ a _/_/_ | | | | | | | | |
| 14-PROFISSIOGRAFIA | | | | | | | | |
| 14.1 Período | | 14.2 Descrição das Atividades | | | | | | |
| _/_/_ a _/_/_ | | | | | | | | |
| _/_/_ a _/_/_ | | | | | | | | |
| _/_/_ a _/_/_ | | | | | | | | |
| _/_/_ a _/_/_ | | | | | | | | |
| II-SEÇÃO DE REGISTROS AMBIENTAIS | | | | | | | | |
| 15-EXPOSIÇÃO A FATORES DE RISCOS | | | | | | | | |
| 15.1 Período | | 15.2 Tipo | 15.3 Fator de Risco | 15.4 Itens./Conc | 15.5 Técnica Utilizada | 15.6 EPC Eficaz (S/N) | 15.7 EPI Eficaz (S/N) | 15.8 CA EPI |
| _/_/_ a _/_/_ | | | | | | | | |
| _/_/_ a _/_/_ | | | | | | | | |
| _/_/_ a _/_/_ | | | | | | | | |
| _/_/_ a _/_/_ | | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | | |

| 16-RESPONSÁVEL PELOS REGISTROS AMBIENTAIS | | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|---|---|
| 16.1 Período | 16.2 NIT | 16.3 Registro Conselho de Classe | 16.4 Nome do Profissional Legalmente Habilitado | |
| __/__/__ a __/__/__ | | | | |
| __/__/__ a __/__/__ | | | | |
| __/__/__ a __/__/__ | | | | |
| __/__/__ a __/__/__ | | | | |
| __/__/__ a __/__/__ | | | | |
| III-SEÇÃO DE 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 |
| __/__/__ | | | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Agravamento <input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> Não Ocupacional |
| __/__/__ | | | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Agravamento <input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> Não Ocupacional |
| __/__/__ | | | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Agravamento <input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> Não Ocupacional |
| __/__/__ | | | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Agravamento <input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> 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 | |
| __/__/__ | | | | |
| __/__/__ | | | | |
| __/__/__ | | | | |
| __/__/__ | | | | |
| __/__/__ | | | | |
| IV-RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES | | | | |
| <p><i>Declaramos, para todos os fins de direito, que as informações prestadas neste documento são verdadeiras 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 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 | | | |
| __/__/__ | 20.1NIT | 20.2 Nome | | |
| | (Carimbo) | _____ (Assinatura) | | |
| OBSERVAÇÕES | | | | |

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

| CAMPO | DESCRIÇÃO | INSTRUÇÃO DE PREENCHIMENTO |
|-------|----------------------------------|--|
| | SEÇÃO I | SEÇÃO DE DADOS ADMINISTRATIVOS |
| 1 | CNPJ do Domicílio Tributário/CEI | CNPJ relativo ao estabelecimento escolhido como domicílio tributário, nos termos do art. 127 do CTN, no formato XXXXXXXX/XXXX-XX; ou Matrícula no Cadastro Específico do INSS (Matrícula CEI) relativa à obra realizada por Contribuinte Individual ou ao estabelecimento escolhido como domicílio tributário que não possua CNPJ, no formato XX.XXX.XXXXX/XX, ambos compostos por caracteres numéricos. |
| 2 | NOME EMPRESARIAL | Até 40 (quarenta) caracteres alfanuméricos. |
| 3 | CNAE | Classificação Nacional de Atividades Econômicas da empresa, completo, com 7 (sete) caracteres numéricos, no formato XXXXXX-X, instituído pelo IBGE através da Resolução CONCLA nº 07, de 16/12/2002. A tabela de códigos CNAE-Fiscal pode ser consultada na Internet, no site www.cnae.ibge.gov.br |
| 4 | NOME DO TRABALHADOR | Até 40 (quarenta) caracteres alfabéticos. |
| 5 | BR/PDH | BR – Beneficiário Reabilitado; PDH – Portador de Deficiência Habilitado; NA – Não Aplicável. Preencher com base no art. 93, da Lei nº 8.213, de 1991, que estabelece a obrigatoriedade do preenchimento dos cargos de empresas com 100 (cem) ou mais empregados com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas, na seguinte proporção: I - até 200 empregados.....2%; II - de 201 a 500.....3%; III - de 501 a 1.000.....4%; IV - de 1.001 em diante.5%. |
| 6 | NIT | Número de Identificação do Trabalhador com 11 (onze) caracteres numéricos, no formato XXX.XXXXX.XX-X. O NIT corresponde ao número do PIS/PASEP/CI sendo que, no caso de Contribuinte Individual (CI), pode ser utilizado o número de inscrição no Sistema Único de Saúde (SUS) ou na Previdência Social. |
| 7 | DATA DO NASCIMENTO | No formato DD/MM/AAAA. |
| 8 | SEXO (F/M) | F – Feminino; M – Masculino. |
| 9 | CTPS (Nº, Série e UF) | Número, com 7 (sete) caracteres numéricos, Série, com 5 (cinco) caracteres numéricos e UF, com 2 (dois) caracteres alfabéticos, da Carteira de Trabalho e Previdência Social. |
| 10 | DATA DE ADMISSÃO | No formato DD/MM/AAAA. |
| 11 | REGIME REVEZAMENTO DE | Regime de Revezamento de trabalho, para trabalhos em turnos ou escala, especificando tempo trabalhado e tempo de descanso, com até 15 (quinze) caracteres alfanuméricos. Exemplo: 24 x 72 horas; 14 x 21 dias; 2 x 1 meses. Se inexistente, preencher com NA – Não Aplicável. |
| 12 | CAT REGISTRADA | Informações sobre as Comunicações de Acidente do Trabalho registradas pela empresa na Previdência Social, nos termos do art. 22 da Lei nº 8.213, de 1991, do art. 169 da CLT, do art. 336 do RPS, aprovado pelo Dec. nº 3.048, de 1999, do item 7.4.8, alínea “a” da NR-07 do MTE e dos itens 4.3.1 e 6.1.2 do Anexo 13-A da NR-15 do MTE, disciplinado pela Portaria MPAS nº 5.051, de 1999, que aprova o Manual de Instruções para Preenchimento da CAT. |
| 12.1 | Data do Registro | No formato DD/MM/AAAA. |
| 12.2 | Número da CAT | Com 13 (treze) caracteres numéricos, com formato XXXXXXXXXXXX-X/XX. Os dois últimos caracteres correspondem a um número seqüencial relativo ao mesmo acidente, identificado por NIT, CNPJ e data do acidente. |
| 13 | LOTAÇÃO E ATRIBUIÇÃO | Informações sobre o histórico de lotação e atribuições do trabalhador, por período. A alteração de qualquer um dos campos - 13.2 a 13.7 - implica, obrigatoriamente, a criação de nova linha, com discriminação do período, repetindo as informações que não foram alteradas. |
| 13.1 | Período | Data de início e data de fim do período, ambas no formato DD/MM/AAAA. No caso de trabalhador ativo, a data de fim do último período não deverá ser preenchida. |
| 13.2 | CNPJ/CEI | Local onde efetivamente o trabalhador exerce suas atividades. Deverá ser informado o CNPJ do estabelecimento de lotação do trabalhador ou da empresa tomadora de serviços, no formato XXXXXXXX/XXXX-XX; ou |

| | | |
|------|-------------------------------|--|
| | | Matrícula CEI da obra ou do estabelecimento que não possua CNPJ, no formato XX.XXX.XXXXX/XX, ambos compostos por caracteres numéricos. |
| 13.3 | Setor | Lugar administrativo na estrutura organizacional da empresa, onde o trabalhador exerce suas atividades laborais, com até 15 (quinze) caracteres alfanuméricos. |
| 13.4 | Cargo | Cargo do trabalhador, constante na CTPS, se empregado ou trabalhador avulso, ou constante no Recibo de Produção e Livro de Matrícula, se cooperado, com até 30 (trinta) caracteres alfanuméricos. |
| 13.5 | Função | Lugar administrativo na estrutura organizacional da empresa, onde o trabalhador tenha atribuição de comando, chefia, coordenação, supervisão ou gerência. Quando inexistente a função, preencher com NA – Não Aplicável, com até 30 (trinta) caracteres alfanuméricos. |
| 13.6 | CBO | Classificação Brasileira de Ocupação vigente à época, com seis caracteres numéricos: 1 - No caso de utilização da tabela CBO relativa a 1994, utilizar a CBO completa com cinco caracteres, completando com "0" (zero) a primeira posição; 2 - No caso de utilização da tabela CBO relativa a 2002, utilizar a CBO completa com seis caracteres. Alternativamente, pode ser utilizada a CBO, com 5 (cinco) caracteres numéricos, conforme Manual da GFIP para usuários do SEFIP, publicado por Instrução Normativa da Diretoria Colegiada do INSS: 1- No caso de utilização da tabela CBO relativa a 1994, utilizar a CBO completa com cinco caracteres; 2- No caso de utilização da tabela CBO relativa a 2002, utilizar a família do CBO com quatro caracteres, completando com "0" (zero) a primeira posição. A tabela de CBO pode ser consultada na Internet, no site www.mtecbo.gov.br . OBS: Após a alteração da GFIP, somente será aceita a CBO completa, com seis caracteres numéricos, conforme a nova tabela CBO relativa a 2002. |
| 13.7 | Código Ocorrência da GFIP | Código Ocorrência da GFIP para o trabalhador, com dois caracteres numéricos, conforme Manual da GFIP para usuários do SEFIP, publicado por Instrução Normativa da Diretoria Colegiada do INSS. |
| 14 | PROFISSIOGRAFIA | Informações sobre a profissiografia do trabalhador, por período. A alteração do campo 14.2 implica, obrigatoriamente, a criação de nova linha, com discriminação do período. |
| 14.1 | Período | Data de início e data de fim do período, ambas no formato DD/MM/AAAA. No caso de trabalhador ativo, a data de fim do último período não deverá ser preenchida. |
| 14.2 | Descrição das Atividades | Descrição das atividades, físicas ou mentais, realizadas pelo trabalhador, por força do poder de comando a que se submete, com até 400 (quatrocentos) caracteres alfanuméricos. As atividades deverão ser descritas com exatidão, e de forma sucinta, com a utilização de verbos no infinitivo impessoal. |
| | SEÇÃO II | SEÇÃO DE REGISTROS AMBIENTAIS |
| 15 | EXPOSIÇÃO A FATORES DE RISCOS | Informações sobre a exposição do trabalhador a fatores de riscos ambientais, por período, ainda que estejam neutralizados, atenuados ou exista proteção eficaz. Facultativamente, também poderão ser indicados os fatores de riscos ergonômicos e mecânicos. A alteração de qualquer um dos campos - 15.2 a 15.8 - implica, obrigatoriamente, a criação de nova linha, com discriminação do período, repetindo as informações que não foram alteradas. OBS.: Após a implantação da migração dos dados do PPP em meio magnético pela Previdência Social, as informações relativas aos fatores de riscos ergonômicos e mecânicos passarão a ser obrigatórias. |
| 15.1 | Período | Data de início e data de fim do período, ambas no formato DD/MM/AAAA. No caso de trabalhador ativo, a data de fim do último período não deverá ser preenchida. |
| 15.2 | Tipo | F – Físico; Q – Químico; B – Biológico; E – Ergonômico/Psicossocial, M – Mecânico/de Acidente, conforme classificação adotada pelo Ministério da Saúde, em "Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde", de 2001. A indicação do Tipo "E" e "M" é facultativa. O que determina a associação de agentes é a superposição de períodos com fatores de risco diferentes. |

| | | |
|------|--|--|
| 15.3 | Fator de Risco | Descrição do fator de risco, com até 40 (quarenta) caracteres alfanuméricos. Em se tratando do Tipo "Q", deverá ser informado o nome da substância ativa, não sendo aceitas citações de nomes comerciais. |
| 15.4 | Intensidade / Concentração | Intensidade ou Concentração, dependendo do tipo de agente, com até 15 (quinze) caracteres alfanuméricos. Caso o fator de risco não seja passível de mensuração, preencher com NA – Não Aplicável. |
| 15.5 | Técnica Utilizada | Técnica utilizada para apuração do item 15.4, com até 40 (quarenta) caracteres alfanuméricos. Caso o fator de risco não seja passível de mensuração, preencher com NA – Não Aplicável. |
| 15.6 | EPC Eficaz (S/N) | S – Sim; N – Não, considerando se houve ou não a eliminação ou a neutralização, com base no informado nos itens 15.2 a 15.5, assegurada as condições de funcionamento do EPC ao longo do tempo, conforme especificação técnica do fabricante e respectivo plano de manutenção. |
| 15.7 | EPI Eficaz (S/N) | S – Sim; N – Não, considerando se houve ou não a atenuação, com base no informado nos itens 15.2 a 15.5. |
| 15.8 | C.A. EPI | Número do Certificado de Aprovação do MTE para o Equipamento de Proteção Individual referido no campo 154.7, com 5 (cinco) caracteres numéricos. Caso não seja utilizado EPI, preencher com NA – Não Aplicável. |
| 15.9 | ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DAS NR-06 E NR-09 DO MTE PELOS EPI INFORMADOS | Observação do disposto na NR-06 do MTE, assegurada a observância: 1- da hierarquia estabelecida no item 9.3.5.4 da NR-09 do MTE (medidas de proteção coletiva, medidas de caráter administrativo ou de organização do trabalho e utilização de EPI, nesta ordem, admitindo-se a utilização de EPI somente em situações de inviabilidade técnica, insuficiência ou interinidade à implementação do EPC, ou ainda em caráter complementar ou emergencial); 2- das condições de funcionamento do EPI ao longo do tempo, conforme especificação técnica do fabricante ajustada às condições de campo; 3- do prazo de validade, conforme Certificado de Aprovação do MTE; 4- da periodicidade de troca definida pelos programas ambientais, devendo esta ser comprovada mediante recibo; e 5- dos meios de higienização. |
| 16 | RESPONSÁVEL PELOS REGISTROS AMBIENTAIS | Informações sobre os responsáveis pelos registros ambientais, por período. |
| 16.1 | Período | Data de início e data de fim do período, ambas no formato DD/MM/AAAA. No caso de trabalhador ativo sem alteração do responsável, a data de fim do último período não deverá ser preenchida. |
| 16.2 | NIT | Número de Identificação do Trabalhador com 11 (onze) caracteres numéricos, no formato XXX.XXXXX.XX-X. O NIT corresponde ao número do PIS/PASEP/CI sendo que, no caso de Contribuinte Individual (CI), pode ser utilizado o número de inscrição no Sistema Único de Saúde (SUS) ou na Previdência Social. |
| 16.3 | Registro Conselho de Classe | Número do registro profissional no Conselho de Classe, com 9 (nove) caracteres alfanuméricos, no formato XXXXXX-X/XX ou XXXXXX/XX. A parte "-X" corresponde à D – Definitivo ou P – Provisório. A parte "/XX" deve ser preenchida com a UF, com 2 (dois) caracteres alfabéticos. A parte numérica deverá ser completada com zeros à esquerda. |
| 16.4 | Nome do Profissional Legalmente Habilitado | Até 40 (quarenta) caracteres alfabéticos. |
| | SEÇÃO III | SEÇÃO DE RESULTADOS DE MONITORAÇÃO BIOLÓGICA |
| 17 | EXAMES MÉDICOS CLÍNICOS E COMPLEMENTARES | Informações sobre os exames médicos obrigatórios, clínicos e complementares, realizados para o trabalhador, constantes nos Quadros I e II, da NR-07 do MTE. |
| 17.1 | Data | No formato DD/MM/AAAA. |
| 17.2 | Tipo | A – Admissional; P – Periódico; R – Retorno ao Trabalho; M – Mudança de Função; D – Demissional. |
| 17.3 | Natureza | Natureza do exame realizado, com até 50 (cinquenta) caracteres alfanuméricos. No caso dos exames relacionados no Quadro I da NR-07, do MTE, deverá ser especificada a análise realizada, além do material biológico coletado. |
| 17.4 | Exame (R/S) | R – Referencial; S – Seqüencial. |
| 17.5 | Indicação de Resultados | Preencher Normal ou Alterado. Só deve ser preenchido Estável ou |

| | | |
|---|--|---|
| | | Agravamento no caso de Alterado em exame Seqüencial. Só deve ser preenchido Ocupacional ou Não Ocupacional no caso de Agravamento. OBS: No caso de Natureza do Exame "Audiometria", a alteração unilateral poderá ser classificada como ocupacional, apesar de a maioria das alterações ocupacionais serem constatadas bilateralmente. |
| 18 | RESPONSÁVEL PELA MONITORAÇÃO BIOLÓGICA | Informações sobre os responsáveis pela monitoração biológica, por período. |
| 18.1 | Período | Data de início e data de fim do período, ambas no formato DD/MM/AAAA. No caso de trabalhador ativo sem alteração do responsável, a data de fim do último período não deverá ser preenchida. |
| 18.2 | NIT | Número de Identificação do Trabalhador com 11 (onze) caracteres numéricos, no formato XXX.XXXXX.XX-X. O NIT corresponde ao número do PIS/PASEP/CI sendo que, no caso de Contribuinte Individual (CI), pode ser utilizado o número de inscrição no Sistema Único de Saúde (SUS) ou na Previdência Social. |
| 18.3 | Registro Conselho de Classe | Número do registro profissional no Conselho de Classe, com 9 (nove) caracteres alfanuméricos, no formato XXXXXX-X/XX ou XXXXXXX/XX. A parte "-X" corresponde à D – Definitivo ou P – Provisório. A parte "/XX" deve ser preenchida com a UF, com 2 (dois) caracteres alfabéticos. A parte numérica deverá ser completada com zeros à esquerda. |
| 18.4 | Nome do Profissional Legalmente Habilitado | Até 40 (quarenta) caracteres alfabéticos. |
| | SEÇÃO IV | RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES |
| 19 | DATA DE EMISSÃO DO PPP | Data em que o PPP é impresso e assinado pelos responsáveis, no formato DD/MM/AAAA. |
| 20 | REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA | Informações sobre o Representante Legal da empresa, com poderes específicos outorgados por procuração. |
| 20.1 | NIT | Número de Identificação do Trabalhador com 11 (onze) caracteres numéricos, no formato XXX.XXXXX.XX-X. O NIT corresponde ao número do PIS/PASEP/CI sendo que, no caso de contribuinte individual (CI), pode ser utilizado o número de inscrição no Sistema Único de Saúde (SUS) ou na Previdência Social. |
| 20.2 | Nome | Até 40 caracteres alfabéticos. |
| | Carimbo e Assinatura | Carimbo da Empresa e Assinatura do Representante Legal. |
| | | OBSERVAÇÕES |
| | | Devem ser incluídas neste campo, informações necessárias à análise do PPP, bem como facilitadoras do requerimento do benefício, como por exemplo, esclarecimento sobre alteração de razão social da empresa, no caso de sucessora ou indicador de empresa pertencente a grupo econômico. |
| OBS: É facultada a inclusão de informações complementares ou adicionais ao PPP. | | |