Manual de Instruções para preenchimento do formulário

PERFIL PROFISSIOGRÁFICO PREVIDENCIÁRIO – PPP

(ORDEM INTERNA Nº 001/COGEP/COGESS/2024)

As informações a seguir têm o objetivo de orientar a Unidade de Recursos Humanos (URH) ou Supervisão de Gestão de Pessoas (SUGESP) quanto ao preenchimento do formulário do Perfil Profissiográfico Previdenciário – PPP.

O **Perfil Profissiográfico Previdenciário - PPP** é um formulário utilizado para o registro de informações relativas ao histórico laboral e às condições ambientais de trabalho.

O histórico laboral diz respeito aos períodos e locais de trabalho decorrentes do vínculo de trabalho mantido pelo servidor com a Prefeitura de São Paulo.

As condições ambientais de trabalho dizem respeito a possíveis agentes prejudicais à saúde, como ruído em níveis elevados, determinadas substâncias químicas e agentes biológicos, entre outros, que podem estar presentes no local de trabalho.

A emissão do formulário em si não implica no direito automático à aposentadoria especial, mesmo que tenha sido emitido a partir de determinação judicial.

Também poderá ser emitido o PPP para ex-servidores que atualmente estejam vinculados ao Regime Geral da Previdência Social (RGPS) e que tenham averbado o tempo de trabalho exercido na Prefeitura junto ao INSS.

## OUTRAS INFORMAÇÕES NA UNIDADE DE RH

Caso o servidor necessite saber o tempo de serviço e o período em que recebeu Adicional de Insalubridade, Periculosidade e/ou Raio X, deve solicitar à URH, SUGESP ou ao Setor de Pessoal uma declaração que ateste esse tempo.

O tempo utilizado para a emissão da declaração é bem menor e mais eficiente para identificar se há tempo suficiente para solicitar a aposentadoria especial ou não.

No caso dos servidores inativos, a Certidão Funcional e o PPP devem ser emitidos, desde que solicitados pelo servidor.

## É importante que o servidor se informe com o RH de sua unidade antes de solicitar um documento, visando obter aquilo que necessita.

**PREENCHIMENTO DOS CAMPOS**

O formulário do PPP deve ser preenchido na versão atualizada. Todos os campos estão escritos em fonte Arial 8.

Pode-se preencher os campos com dados em Arial 9 ou 10, se isto facilitar a visualização. Não há necessidade de preencher os campos com o texto em negrito.

Não se deve alterar a formatação do formulário do PPP, bem como o espaçamento dos recuos do formulário (margens).

## FORMATAÇÃO

Não se preocupe em colocar espaçamento para o dado ficar no meio do campo. Todo o documento é formatado antes de ser emitido em PDF e encaminhado à unidade solicitante.

## URGÊNCIAS - SOLICITAÇÕES JUDICIAIS

As solicitações que forem apresentadas via judicial devem ser previamente analisadas pela Assessoria Jurídica, que indicará quais procedimentos devem ser adotados, o prazo para devolução do PPP e o envio à URH, SUGESP ou Setor de Pessoal para providências quanto ao preenchimento do formulário PPP com posterior envio à COGESS.

É importante que a unidade fique atenta à provável solicitação de informações pela COGESS, enviadas por e-mail, e que devem ser rapidamente respondidas. Pode-se utilizar o contato via telefone para confirmar o andamento do pedido.

## ENVIO À COGESS

O formulário do PPP deve ser enviado em arquivo formato *doc.* à Coordenação de Promoção à Saúde da Coordenadoria de Gestão de Saúde do Servidor - COGESS, **via Sistema Eletrônico de Informações - SEI para SEGES/COGESS/CPS.**

É importante que sejam identificados o nome do emitente, a unidade e telefones para contato, mencionando, inclusive, outros servidores que estejam a par do assunto.

# CAMPOS DO FORMULÁRIO – INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Abaixo, segue a descrição dos campos que compõem o Formulário do PPP, com as respectivas orientações de preenchimento.

## Os campos de mesmo número com dados na cor azul são exemplos de preenchimento. Campos 1, 2 e 3 já estão preenchidos.

|  |
| --- |
| **DADOS ADMINISTRATIVOS** |
| 1 - CNPJ do Domicílio Tributário/CEI/CAEPF/CNO: 46.392.130/0003-80 | 2 - Nome Empresarial: Prefeitura de São Paulo | 3 - CNAE: 84.11-6 |

**Campo 4**

O nome completo do servidor (a) deve ser digitado.

4 - Nome do Trabalhador: XXXXXXXXXXXX

**Campo 5**

5 - BR/PDH: NA

NA – não aplicável

## Campo 6

Colocar o número do CPF do servidor (a).

Veja no banco de dados do SIGPECRH ou através do site http://agencia.previdencia.gov.br/e-aps/servico/179<http://agencia.previdencia.gov.br/e-> aps/servico/179

6 – CPF: 000.000.000-00

## Campo 7

Digitar a data seguindo a sequência, dia / mês / ano.

|  |
| --- |
| 7- Data de nascimento |
| 00/00/0000  |

**Campo 8**

Digitar **X** maiúsculo entre os parênteses e retirar um espaço.

|  |
| --- |
| 8 - Sexo (F/M) |
| ( **X** ) F ( ) M |

## Campo 9

## Preencha o campo com todos os dígitos e pontuação da Matrícula eSocial do trabalhador.

|  |
| --- |
| 9 - Matrícula do Trabalhador no eSocial |
|  Número do RF |

## Campo 10

Preencha o campo com a Data de Admissão na PMSP. Observar casos de profissionais que têm direito a dois vínculos, simultaneamente.

|  |
| --- |
| 10 -Data de Admissão |
|  00/00/0000 |

## Campo 11

Caso a jornada de trabalho não seja no mesmo horário e constante, como um diarista; e houver períodos diferenciados, deve-se indicar no campo Observação.

|  |
| --- |
|  11 - Regime de Revezamento |
|  Exemplo: Diarista |

## Campo 12

## Colocar data do registro e número da CAT, caso exista.

|  |
| --- |
| 12 - CAT REGISTRADA |
| 12.1- Data do Registro | 12.2 - Número da CAT | 12.1 - Data do Registro | 12.2 - Número da CAT |
| 00/00/000 | 00/0/00000 |  |  |

Em caso negativo, colocar NA – não aplicável

|  |
| --- |
| 12 - CAT REGISTRADA |
| 12.1 - Data do Registro | 12.2 - Número da CAT | 12.1 - Data do Registro | 12.2- Número da CAT |
| NA | NA | - | - |

##

##  Campo 13

Instruções de preenchimento por item:

* 1. Preencha o campo com a indicação do período de trabalho e lotação. Atentar para os períodos indicados no campo 13, que devem ser os mesmos do campo 14.
	2. - Informar o CNPJ/CEI/ CAEPF/CNO da secretaria onde o servidor fica lotado.
	3. - Colocar o nome completo da unidade e do setor onde o servidor trabalha.
	4. - Indicar o cargo do trabalhador em cada período.
	5. - Indicar a função do trabalhador em cada período.
	6. - CBO - Classificação Brasileira de Ocupação vigente à época, com seis caracteres numéricos. A tabela de CBO pode ser consultada na Internet, no site [www.trabalho.gov.br](http://www.trabalho.gov.br/) do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE.

Caso não tenha sido identificada a CBO correspondente ao cargo do servidor, colocar a classificação da descrição mais próxima e indicar no campo Observação.

13.7 – Não preencher o campo.

|  |
| --- |
| 13 - LOTAÇÃO E ATRIBUIÇÃO |
| 13.1 - Período | 13.2 – CNPJ/CEI/ CAEPF/CNO | 13.3 - Setor | 13.4 - Cargo | 13.5 - Função | 13.6 - CBO | 13.7 - Código GFIP/eSocal |
|  00/00/0000 a 00/00/0000 | XX.XXX.XXX/XXXX-XX | Exemplo: HOSPITAL X | Exemplo: Auxiliar Enfermagem | Exemplo: Auxiliar de seção | Exemplo: 3222-30 |  |
|  00/00/0000 a 00/00/0000 | XX.XXX.XXX/XXXX-XX | Exemplo: HOSPITAL X | Exemplo: Enfermeira | Exemplo: Chefe de seção | Exemplo: 2235-05 |  |
|  00/00/0000 a 00/00/0000 | XX.XXX.XXX/XXXX-XX | Exemplo: HOSPITAL Z | Exemplo: Enfermeira | Exemplo: Chefe de seção | Exemplo: 3222-05 |  |

## Campo 14

Instruções de preenchimento por item:

* 1. – Preencher com os mesmos períodos descritos no campo 13.1
	2. - Descrever as atividades desempenhadas, sempre de acordo com o que constar no SIGPECRH. Atentar para atividades em cargos de chefia etc.

|  |
| --- |
| 14 – PROFISSIOGRAFIA |
| 14.1 - Período | 14.2 - Descrição das Atividades |
| 00/00/0000 a 00/00/0000 | Exemplo: Higienização de pacientes, coleta de material para exames laboratoriais e curativos. |
| 00/00/0000 a 00/00/0000 | Exemplo: Preparo e administração de medicação e supervisão da equipe de enfermagem. |
| 00/00/0000 a 00/00/0000 | Exemplo: Preparo e administração de medicação, coleta de material para exames e curativos. |

## Campos 15 e 16 - PREENCHIDOS PELA COGESS

|  |
| --- |
| **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 - EPCEficaz(S/N) | 15.7-EPIEficaz (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 |
| \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 16 - RESPONSÁVEL PELOS REGISTROS AMBIENTAIS |
| 16.1 - Período | 16.2 - CPF | 16.3 - Registro Conselho de Classe | 16.4 - Nome do Profissional Legalmente Habilitado |
| \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_/\_\_/\_\_ |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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. |

**Campo 17**

|  |
| --- |
|  17 - Data da Emissão do PPP |
|  00/00/0000  |

##

##

##  Campo 18

* 1. - Informar o número do CPF do Representante Legal que vai assinar o documento.

|  |
| --- |
|  18.1 - CPF do Representante Legal |
|  000.000.000-00 |
| NOME DA UNIDADE DIRETORIA/COORDENADORIA/SUBPREFEITURASECRETARIA |

* 1. - Colocar abaixo do Item 18.2 o nome completo do representante legal que está elaborando o PPP e assinar o documento.

|  |
| --- |
| 18.2 - Nome do representante legal |
| Nome |
|  Assinatura(Assinatura física ou eletrônica) |

**CAMPO DE OBSERVAÇÕES**

**OBSERVAÇÕES**

Indicar todas as observações que forem importantes, tais como períodos dos vínculos, afastamentos com mais de 30 dias, licenças, informações prestadas pelo servidor não encontradas no prontuário, empréstimo a outra unidade (CE de uma unidade, mas prestou serviço em outro local), mudança de CE, mas não de unidade de trabalho etc. Em caso de dúvida, perguntar via e-mail institucional (seges-cogess-ppp@prefeitura.sp.gov.br) à COGESS.

Atualizado Setembro de 2024