



Fl. nº .  
Proc. nº .  
\_\_\_\_\_  
Rubrica

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS  
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA  
DIVISÃO DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA DA SAÚDE  
SEÇÃO DE SEGURANÇA DO TRABALHO E SAÚDE OCUPACIONAL

## TERMO DE OPÇÃO.

Eu \_\_\_\_\_, matricula **SIAPE** n.º  
\_\_\_\_\_, cargo \_\_\_\_\_,  
lotado \_\_\_\_\_, venho pelo presente, optar pelo  
recebimento do

- ( ) Adicional de Insalubridade;
- ( ) Gratificação de RX;
- ( ) Periculosidade;
- ( ) Radiação Ionizante.

Niterói, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura de Servidor (a)