



MINISTÉRIO DA GESTÃO E DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS  
Secretaria de Relações de Trabalho  
Diretoria de Benefícios, Previdência e Atenção à Saúde  
Coordenação-Geral de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho  
Divisão de Segurança do Trabalho

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro, para fins específicos de atendimento ao disposto no parágrafo único do art. 69 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que me encontro em período de lactação e que não posso exercer minhas atividades em local com exposição a riscos físicos, químicos, biológicos e/ou substâncias radioativas.

Declaro, por fim, que me comprometo a informar à minha Unidade de Gestão de Pessoas o encerramento do período de amamentação, para retorno à atividade de origem ou encerramento do pagamento do adicional.

Ainda, declaro que estou ciente de que a prestação de informação falsa me sujeitará às sanções penais e administrativas previstas em Lei, podendo a minha Unidade de Gestão de Pessoas, avaliar a necessidade de reposição ao Erário de valores recebidos sem o devido respaldo legal.

Local e data

Documento assinado eletronicamente

NOME



Documento assinado eletronicamente por **Maria Isabel Braga de Albuquerque, Coordenador(a)-Geral Substituto(a)**, em 06/03/2024, às 16:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.economia.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.economia.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **40505472** e o código CRC **D059B9AA**.

Referência: Processo nº 19975.003658/2024-60.

SEI nº 40505472