PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR - DPSS
COORDENADORIA SETORIAL DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO
SETOR DE SEGURANÇA DO TRABALHO

LIMPAR DADOS

LAUDO DE AVALIAÇÃO PERICIAL COM VISTA À CONCESSÃO DO ADICIONAL DE INSALUBRIDADE

NOME DO SERVIDOR(A):	Nº MATRÍCULA:
CARGO:	C. CUSTO:
LOCAL DE TRABALHO:	SECRETARIA:

TIPO DE SOLICITAÇÃO DE INSALUBRIDADE ☐ CONCESSÃO ☐ REVISÃO

I - DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES EFETIVAMENTE DESENVOLVIDAS PELO SERVIDOR

ATIVIDADES:

	EXPOSIÇÃO		
	P	**I**	**E**
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

P - EXPOSIÇÃO PERMANENTE **I - EXPOSIÇÃO INTERMITENTE** **E - EXPOSIÇÃO EVENTURAL**

I - permanente: aquela desempenhada diariamente, de forma contínua e por tempo superior a 70% (setenta por cento) da jornada de trabalho;

II - intermitente: aquela desempenhada diariamente, de forma não contínua e por tempo inferior a 70% (setenta por cento) da jornada de trabalho;

III - eventural: aquela desempenhada diariamente, de forma não contínua e esporadicamente;

II - AGENTES AGRESSIVOS

DURANTE AS ATIVIDADES APRESENTADAS, OCORRE CONTATO HABITUAL E PERMANENTE COM OS AGENTES AGRESSIVOS ABAIXO RELACIONADOS?

TIPOS DE AGENTES:

AGENTES BIOLÓGICOS ◯ SIM ◯ NÃO

O CONTATO COM AS CONDIÇÕES, AGENTES, SUBSTÂNCIAS, ETC., SE DÁ DE FORMA:

◯ INDIRETA ◯ DIRETA

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL:

EXISTE: ◯ SIM ◯ NÃO

DESCREVA:

AGENTES QUÍMICOS:

◯ SIM ◯ NÃO

DESCREVER EM QUAL TIPO DE TRABALHO DIÁRIO HÁ OCORRÊNCIA DE CONTATO OU MANUSEIO (RESUMO).

SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS UTILIZADAS:

O CONTATO COM AS CONDIÇÕES, AGENTES, SUBSTÂNCIAS, ETC., SE DÁ DE FORMA:

◯ INDIRETA ◯ DIRETA

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO COLETIVA

EXISTE: ◯ SIM ◯ NÃO ◯ NÃO SE APLICA

DESCREVA:

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL:

EXISTE: ◯ SIM ◯ NÃO ◯ NÃO SE APLICA

DESCREVA:

AGENTES FÍSICOS:

◯ SIM ◯ NÃO

INDICAR O(S) AGENTE(S) AO(S) QUAL(IS) EXISTE EXPOSIÇÃO E SUA FREQUÊNCIA.

◯ RUÍDO: ◯ PERMANENTE ◯ INTERMITENTE ◯ EVENTUAL

FONTE:

◯ CALOR ARTIFICIAL: ◯ PERMANENTE ◯ INTERMITENTE ◯ EVENTUAL

FONTE:

◯ ILUMINAÇÃO: ◯ NATURAL ◯ ARTIFICIAL

◯ VENTILAÇÃO: ◯ NATURAL ◯ ARTIFICIAL

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO COLETIVA:

EXISTE: ◯ SIM ◯ NÃO ◯ NÃO SE APLICA

DESCREVA:

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL:

EXISTE: ◯ SIM ◯ NÃO ◯ NÃO SE APLICA

DESCREVA:

ATENÇÃO: AS INFORMAÇÕES PRESTADAS DEVERÃO SER VALIDADAS, ATRAVÉS DE ASSINATURA, PELO **REQUERENTE E** PELA **CHEFIA IMEDIATA** COMO CORRESPONSÁVEL, LEMBRANDO QUE:

INCORREM EM RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA, CIVIL E PENAL, OS PERITOS E DIRIGENTES QUE CONCEDEREM OU AUTORIZAREM O PAGAMENTO DE ADICIONAL EM DESACORDO COM A LEGISLAÇÃO.

O DIREITO DO EMPREGADO AO ADICIONAL DE INSALUBRIDADE CESSARÁ COM A ELIMINAÇÃO OU NEUTRALIZAÇÃO DO RISCO À SUA SAÚDE.

OBSERVAÇÃO: O DPSS SERÁ INFORMADO, ATRAVÉS DA CHEFIA IMEDIATA, SEMPRE QUE HOUVER QUALQUER ALTERAÇÃO NO AMBIENTE DE TRABALHO QUE AFETEM OS RISCOS ATÉ ENTÃO EXISTENTES, BEM COMO QUALQUER MUDANÇA NO TIPO DE ATIVIDADE DO SERVIDOR OU SEU AFASTAMENTO DO TRABALHO OU, AINDA, QUANDO FOREM ELIMINADOS OS AGENTES AGRESSIVOS QUE CARACTERIZAVAM A INSALUBRIDADE.

DATA: ASSINATURA DO REQUERENTE:

AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRAS:

CHEFE IMEDIATO:
(NOME,MATRÍCULA E ASSINATURA)