|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E PREVIDÊNCIA  Departamento de Saúde e Segurança do Servidor - dss  Divisão de Saúde Ocupacional - DSO | | |  |
| SOLICITAÇÃO DO LTCATLaudo Técnico de Condições Ambientais do Trabalho | | | | |  | |
| DADOS DO(A) SERVIDOR(A) | | | | |  | |
| Nome: | | | | |  | |
| RG. CPF. | | | | |  | |
| Cargo: | | | | |  | |
| Função: | | | | |  | |
| Regime de trabalho: ( ) Estatutário ( ) Outro - Especificar: | | | | |  | |
| Jornada de Trabalho: | | | | |  | |
|  | | | | |  | |
| LOTAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A) | | | | |  | |
| **Secretaria:** | | | | |  | |
| Local de Trabalho (Órgão / Colégio / Departamento): | | | | |  | |
|  | | | | |  | |
| Endereço do local de Trabalho: | | | | |  | |
| Cidade: CEP: | | | | |  | |
| Telefone de Contato do Local de Trabalho: ( ) - | | | | |  | |
| Nome da Chefia Imediata: Cargo: | | | | |  | |
| Nome do Responsável pelo Local de Trabalho: Cargo: | | | | |  | |
| OBSERVAÇÕES INICIAIS | | | | |  | |
| * *As informações devem ser claras e objetivas, assim como, de forma legível;* * *Todas as vias devem ser rubricadas e no final conter assinatura do servidor, da chefia e do responsável do RH (com carimbo, onde conste nome completo e o cargo) de forma legível;* * *Poderá este documento retornar a origem para esclarecer dúvidas que surjam.* | | | | |  | |
| DADOS DO LOCAL DE TRABALHO | | | | |  | |
| *Locais onde o Servidor desenvolve suas Atividades*: | | | | |  | |
| *Especificar com detalhe* ***todos*** *os locais de trabalho, descrevendo a estrutura física, como: andar; tipo de parede, tipo de piso, tipo de iluminação (natural e/ou artificial), ventilação natural ou com uso de ventiladores, etc.*  *Descreva abaixo*: | | | | |  | |
|  | | | | |
| DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES EXERCIDAS | | | | |  | |  |
| *Descrição das atividades realizadas pelo servidor. As atividades deverão ser descritas com exatidão e de forma esclarecedora.*  *No preenchimento, deverá ser considerado todos os locais onde o servidor exerça atividades. Ex.: escritório, sala de aula, laboratório, campo, cozinha, pátio, etc.*  *Citar produtos utilizados e/ou materiais manipulados nestas atividades.*  *Descrever os equipamentos utilizados para desenvolver as atividades.*  *Citar todos os equipamentos de proteção (EPIs e/ou EPC) utilizados nas atividades desenvolvidas pelo Servidor.*  *Exemplo de EPIs – Equipamento de Proteção Individual (Luvas, óculos, botas, máscaras, avental, protetor auricular, etc.).*  *Exemplo de EPC – Equipamento de Proteção Coletiva (Extintores, hidrantes, exaustor, coifa, guarda-corpo, etc).* | | | | |  | |
|  | | | | |  | |
|  | | | | |  | |
| *Declaro, sob pena da Lei, que as informações prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade. Autorizo a Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho, verificar tais informações e tenho ciência que, caso seja verificado algum desacordo entre as informações prestadas e as verificadas pela equipe técnica, sofrerei as punições cabíveis de acordo com a lei 6.174 de 16 de novembro de 1970.*  **PARA A PRESENTE SOLICITAÇÃO, ESTE FORMULÁRIO DEVE SER ACOMPANHADO DO DOSSIÊ HISTÓRICO FUNCIONAL.**      Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura Servidor (a) | | | | |
| CHEFIA IMEDIATA | | | | |
| Nome: |  | | | |
| Função |  | | Lotação: | |
| ***Observação****: A Chefia Imediata deve analisar as informações deste formulário, corroborando com o descrito, nos campos correspondentes, assim como, fica responsável de informar ao Recursos Humanos, sobre a mudança do setor de trabalho, bem como alterações nas atividades e riscos descritos. Declaro, sob as penas da Lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade*.  Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo da Chefia Imediata  **Ciência do GRHS do Local:**  Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo do RH | | | | |