|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E PREVIDÊNCIA Departamento de Saúde e Segurança do Servidor - dssDivisão de Saúde Ocupacional - DSO  |  |
| SOLICITAÇÃO DO LTCAT  Laudo 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.*** 1.

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 |