|  |
| --- |
| SOLICITAÇÃO PARA INSPEÇÃO DE INSALUBRIDADE E/OU PERICULOSIDADE |
| SECRETARIA DE ESTADO DA (O): |
| ÓRGÃO / LOCAL: |
| Endereço do local de Trabalho: |
| Cidade: CEP: |
| Telefone de Contato do Local de Trabalho: |
| Nome da Chefia Imediata: |
| Nome do Responsável pelo Local de Trabalho: |
| DADOS DO(A) SERVIDOR(A): |
| Nome: |  |
| R.G.: |  | C.P.F.: |  |
| Cargo: |  |
| Função: |  |
| Regime de trabalho: ( ) Estatutário ( ) Outro - Especificar:  |
| Lotação: |
| **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 |
| *Local de Trabalho: 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.* |
|  |
| DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ATUALMENTE EXERCIDAS  |
| *Descrição das atividades realizadas pelo servidor. As atividades deverão ser descritas com exatidão. No preenchimento, deverá ser considerado todos os locais onde o servidor exerça atividades. Ex: escritório, sala de aula, laboratório, campo, etc.* |
|  |
| DESCRIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS QUE OPERAM |
| *Descrever os equipamentos utilizados para desenvolver as atividades (não citar neste campo os EPI's):* |
|  |
| CRONOGRAMA DOS PRODUTOS QUÍMICOS E BIOLÓGICOS MANIPULADOS |
| **DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / VOLUME** | **TEMPO** | **LOCAL** | **FREQUÊNCIA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| * *Frequência: Número de vezes que é repetida a atividade durante a jornada de trabalho (minutos e/ou horas).*
* *Volume: Quantidade de produto manipulado diariamente ou semanalmente.*
 |
| EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) E COLETIVA (EPC) UTILIZADOS |
| *Citar todos os equipamentos de proteção utilizados nas atividades desenvolvidas pelo Servidor*: |
|  |
| JUSTIFICATIVA DA INSALUBRIDADE E/OU PERICULOSIDADE |
| *Esclarecer as informações que julgar necessárias, que justifique a Insalubridade e/ou Periculosidade:* |
|  |
| *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 do Servidor   |
| DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELA CHEFIA (dados da 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.****Informações da Chefia****:(caso seja necessário)*:Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo da Chefia Imediata Assinatura e carimbo do Departamento**Ciência do RH:** Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura e carimbo do RH |