

ESTADO DE SANTA CATARINA **REQUERIMENTO PARA AVALIAÇÃO PERICIAL**

**DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE TRABALHO**

|  |
| --- |
|  DESCRIÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE       |
|  LOCAL DE TRABALHO ATUAL (DIRETORIA/GERÊNCIA)        |
| LOGRADOURO       | NÚMERO       |
| COMPLEMENTO       | BAIRRO       | MUNICÍPIO       |
|  REFERÊNCIA       |  CEP       -     |  TELEFONE (    )       |

SERVIDOR REQUERENTE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  CPF       | MATRÍCULA       | DV   | VÍNCULO    |  NOME       |
|  CARGO        |
|  FUNÇÃO/COMPETÊNCIA **(1)**       |
|  E-MAIL DO SERVIDOR (PARA CONTATO)       |

PERÍODO LABORAL EM CONDIÇÕES ESPECIAIS DE TRABALHO (2)

|  |
| --- |
| **1º PERÍODO DE TRABALHO:**    /    /      A    /    /      |
|  VÍNCULO EMPREGATÍCIO [ ]  CELETISTA [ ]  ESTATUTÁRIO |  OCUPOU CARGO EM COMISSÃO OU EXERCEU FUNÇÃO DE CHEFIA NO PERÍODO? [ ]  NÃO [ ]  SIM QUAL?       |
|  ÓRGÃO/ENTIDADE NO PERÍODO        |
|  LOCAL DE TRABALHO NO PERÍODO (DIRETORIA/GERÊNCIA/SETOR)        |
| LOGRADOURO (DADOS DO LOCAL DE TRABALHO)       | NÚMERO       |
| COMPLEMENTO       | BAIRRO       | MUNICÍPIO       |
|  CARGO OCUPADO NO PERÍODO        |
|  FUNÇÃO/COMPETÊNCIA NO PERÍODO **(1)**       |
| **CARACTERÍSTICAS ESPECIAIS DO AMBIENTE DE TRABALHO - TIPO DE AMBIENTE** |
| [ ]  SALA DE AULA | [ ]  LABORATÓRIO | [ ]  OFICINA | [ ]  CENTRO DE SAÚDE |
| [ ]  ALMOXARIFADO | [ ]  HOSPITAL | [ ]  ESCRITÓRIOQUAL?       |  |
| [ ]  OUTRO | QUAL (NOME DA SALA OU AMBIENTE)?        |
| [x]  AMBIENTE EXTERNO | QUAL (NOME DA SALA OU AMBIENTE)?       |
| **JORNADA DE TRABALHO** |
| CARGA HORÁRIA SEMANAL    |  HORÁRIO DE TRABALHO    :    ÀS    :     |  ESCALA DE TRABALHO? [ ]  SIM [ ]  NÃO |  QUAL ESCALA DE TRABALHO?    HORAS POR    HORAS |
| **CONDIÇÕES DO AMBIENTE DE TRABALHO (3)** |
| EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI’s) [ ]  SIM [ ]  NÃO QUAIS?        |

MLR-129



ESTADO DE SANTA CATARINA **REQUERIMENTO PARA AVALIAÇÃO PERICIAL**

**DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE TRABALHO - CONTINUAÇÃO**

|  |  |
| --- | --- |
|  RECEBIA GRATIFICAÇÃO/ADICIONAL DE INSALUBRIDADE? [ ]  SIM [ ]  NÃO |  RECEBIA GRATIFICAÇÃO/ADICIONAL DE RISCO DE VIDA (PERICULOSIDADE)? [ ]  SIM [ ]  NÃO QUAIS MESES E ANO?       |
| **DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ROTINEIRAS (4)** |
|         |

|  |
| --- |
| **2º PERÍODO DE TRABALHO:**    /    /      A    /    /      |
|  VÍNCULO EMPREGATÍCIO [ ]  CELETISTA [ ]  ESTATUTÁRIO |  OCUPOU CARGO EM COMISSÃO OU EXERCEU FUNÇÃO DE CHEFIA NO PERÍODO? [ ]  NÃO [ ]  SIM QUAL?       |
|  ÓRGÃO/ENTIDADE NO PERÍODO        |
|  LOCAL DE TRABALHO NO PERÍODO (DIRETORIA/GERÊNCIA/SETOR)        |
| LOGRADOURO (DADOS DO LOCAL DE TRABALHO)       | NÚMERO       |
| COMPLEMENTO       | BAIRRO       | MUNICÍPIO       |
|  CARGO OCUPADO NO PERÍODO        |
|  FUNÇÃO/COMPETÊNCIA NO PERÍODO **(1)**       |
| **CARACTERÍSTICAS ESPECIAIS DO AMBIENTE DE TRABALHO - TIPO DE AMBIENTE** |
| [ ]  SALA DE AULA | [ ]  LABORATÓRIO | [ ]  OFICINA | [ ]  CENTRO DE SAÚDE |
| [ ]  ALMOXARIFADO | [ ]  HOSPITAL | [ ]  ESCRITÓRIO |  |
| [ ]  OUTRO | QUAL (NOME DA SALA OU AMBIENTE)?        |
| [ ]  AMBIENTE EXTERNO | QUAL (NOME DA SALA OU AMBIENTE)?       |
| **JORNADA DE TRABALHO** |
| CARGA HORÁRIA SEMANAL    |  HORÁRIO DE TRABALHO    :    ÀS    :     |  ESCALA DE TRABALHO? [ ]  SIM [ ]  NÃO |  QUAL ESCALA DE TRABALHO?    HORAS POR    HORAS |
| **CONDIÇÕES DO AMBIENTE DE TRABALHO (3)** |
| EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI’s) [ ]  SIM [ ]  NÃO QUAIS?        |
|  RECEBIA GRATIFICAÇÃO/ADICIONAL DE INSALUBRIDADE? [ ]  SIM [ ]  NÃO |  RECEBIA GRATIFICAÇÃO/ADICIONAL DE RISCO DE VIDA (PERICULOSIDADE)? [ ]  SIM [ ]  NÃO QUAIS MESES E ANO?       |

MLR-129



ESTADO DE SANTA CATARINA **REQUERIMENTO PARA AVALIAÇÃO PERICIAL**

**DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE TRABALHO - CONTINUAÇÃO**

|  |
| --- |
| **DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ROTINEIRAS (4)** |
|         |

|  |
| --- |
| **3º PERÍODO DE TRABALHO:**    /    /      A    /    /      |
|  VÍNCULO EMPREGATÍCIO [ ]  CELETISTA [ ]  ESTATUTÁRIO |  OCUPOU CARGO EM COMISSÃO OU EXERCEU FUNÇÃO DE CHEFIA NO PERÍODO? [ ]  NÃO [ ]  SIM QUAL?       |
|  ÓRGÃO/ENTIDADE NO PERÍODO        |
|  LOCAL DE TRABALHO NO PERÍODO (DIRETORIA/GERÊNCIA/SETOR)        |
| LOGRADOURO (DADOS DO LOCAL DE TRABALHO)       | NÚMERO       |
| COMPLEMENTO       | BAIRRO       | MUNICÍPIO       |
|  CARGO OCUPADO NO PERÍODO        |
|  FUNÇÃO/COMPETÊNCIA NO PERÍODO **(1)**       |
| **CARACTERÍSTICAS ESPECIAIS DO AMBIENTE DE TRABALHO - TIPO DE AMBIENTE** |
| [ ]  SALA DE AULA | [ ]  LABORATÓRIO | [ ]  OFICINA | [ ]  CENTRO DE SAÚDE |
| [ ]  ALMOXARIFADO | [ ]  HOSPITAL | [ ]  ESCRITÓRIO |  |
| [ ]  OUTRO | QUAL (NOME DA SALA OU AMBIENTE)?        |
| [ ]  AMBIENTE EXTERNO | QUAL (NOME DA SALA OU AMBIENTE)?       |
| **JORNADA DE TRABALHO** |
| CARGA HORÁRIA SEMANAL    |  HORÁRIO DE TRABALHO    :    ÀS    :     |  ESCALA DE TRABALHO? [ ]  SIM [ ]  NÃO |  QUAL ESCALA DE TRABALHO?    HORAS POR    HORAS |
| **CONDIÇÕES DO AMBIENTE DE TRABALHO (3)** |
| EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI’s) [ ]  SIM [ ]  NÃO QUAIS?        |
|  RECEBIA GRATIFICAÇÃO/ADICIONAL DE INSALUBRIDADE? [ ]  SIM [ ]  NÃO |  RECEBIA GRATIFICAÇÃO/ADICIONAL DE RISCO DE VIDA (PERICULOSIDADE)? [ ]  SIM [ ]  NÃO QUAIS MESES E ANO?       |
| **DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ROTINEIRAS (4)** |
|         |

MLR-129



ESTADO DE SANTA CATARINA **REQUERIMENTO PARA AVALIAÇÃO PERICIAL**

**DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE TRABALHO - CONTINUAÇÃO**

|  |
| --- |
| **DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ROTINEIRAS (4)** |
|         |

SERVIDOR REQUERENTE

|  |  |
| --- | --- |
| DATA    /    /      | ASSINATURA |

DIRETOR DA ÁREA

|  |  |
| --- | --- |
| DATA    /    /      | CARIMBO E ASSINATURA |

SETORIAL/SECCIONAL DE GESTÃO DE PESSOAS

|  |  |
| --- | --- |
| DATA    /    /      | CARIMBO E ASSINATURA |

## OBSERVAÇÕES

|  |
| --- |
| **(1)** FUNÇÃO/COMPETÊNCIA DO CARGO OCUPADO. ACRESCENTAR, AINDA, QUANDO EXISTIR, A HABILITAÇÃO PROFISSIONAL (EXEMPLO: CARDIOLOGISTA, ESPECIALISTA EM EMERGÊNCIA, ETC.) EXIGIDA PARA O EXERCÍCIO PROFISSIONAL.**(2)** PREENCHER TODOS OS CAMPOS DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES AMBIENTAIS DE TRABALHO NO PERÍODO. É OBRIGATÓRIO ANEXAR FOTOGRAFIAS DO AMBIENTE DE TRABALHO, QUANDO EXISTIR, PARA COMPROVAR AS INFORMAÇÕES.**(3)** ENTENDE-SE POR RISCO DE VIDA (PERICULOSIDADE) A CARACTERIZAÇÃO DE UM RISCO IMEDIATO ORIUNDO DE ATIVIDADES OU OPERAÇÕES, ONDE A NATUREZA OU SEUS MÉTODOS DE TRABALHO CONFIGURE UM CONTATO PERMANENTE OU RISCO ACENTUADO OU CONTATO COM INFLAMÁVEIS E EXPLOSIVOS.SENDO IDENTIFICADO QUE HAVIA PAGAMENTO DE GRATIFICAÇÃO/ADICIONAL DE INSALUBRIDADE OU RISCO DE VIDA (PERICULOSIDADE) NO PERÍODO, DEVERÁ OBRIGATÓRIAMENTE SER ANEXADO PELA ÁREA DE GESTÃO DE PESSOAS A FICHA FINANCEIRA DO PERÍODO.**(4)** RELACIONAR AS ATIVIDADES ROTINEIRAS DESEMPENHADAS NO PERÍODO, CITANDO PRODUTOS E/OU SUBSTÂNCIAS SUPOSTAMENTE PREJUDICIAIS À SAÚDE, UTILIZADAS NO DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO, E OUTRAS CARACTERÍSTICAS QUE FOREM JULGADAS NECESSÁRIAS. EXEMPLO: FAZER CURATIVO, APLICAR INJEÇÃO, CONTROLAR O ESTOQUE, ETC.QUANDO AS ATIVIDADES DESEMPENHADAS SÃO ADMINISTRATIVAS, DEVERÁ SER CITADO APENAS COMO SENDO “ATIVIDADES BUROCRÁTICAS”.QUANDO O SERVIDOR POSSUIR MAIS DE 3 (TRÊS) PERÍODOS LABORAIS EM AMBIENTES DE TRABALHO COM CONDIÇÕES ESPECIAIS, DEVERÁ SER PREENCHIDO NOVO(S) FORMULÁRIO(S) E ANEXADOS AO REQUERIMENTO INICIAL. |

MLR-129