

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  (    ) | |

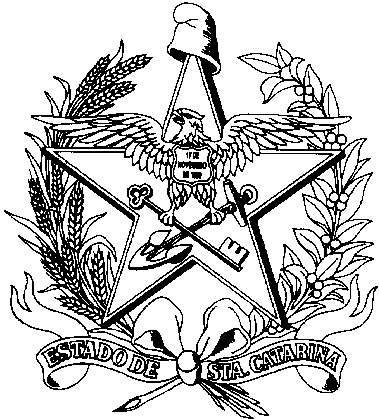
SERVIDOR REQUERENTE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | ESCRITÓRIO  QUAL? | | |  | |
| 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? | | | | | | | | | | |

MLR-129



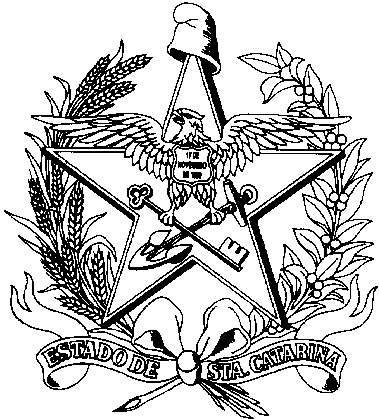
ESTADO DE SANTA CATARINA **REQUERIMENTO PARA AVALIAÇÃO PERICIAL**

**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



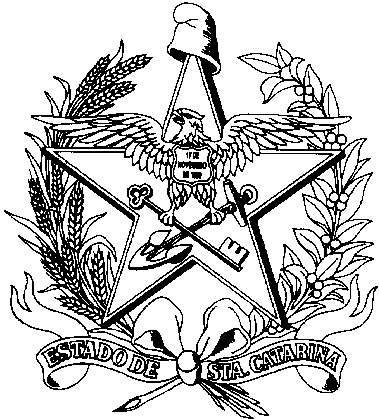
ESTADO DE SANTA CATARINA **REQUERIMENTO PARA AVALIAÇÃO PERICIAL**

**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