



INFORMAÇÕES PARA FINS DE CARACTERIZAÇÃO DE INSALUBRIDADE

Secretaria:

Nº do Processo:

Data: ___ / ___ / ___

INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO SERVIDOR	
Nome:	Matrícula:
Cargo/Função:	Contato:
() Estatutário () Contratado () Comissionado	Carga horária semanal:
IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DE TRABALHO	
Setor:	Endereço:
DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESEMPENHADAS:	
MENCIONAR OS AGENTES NOCIVOS À SAÚDE OU ATIVIDADES AOS QUAIS SE ENCONTRA EXPOSTO NO TRABALHO:	
Risco: () Físico () Químico () Biológico	
RELATE:	
ESPECIFICAR A CARGA HORÁRIA SEMANAL DE EXPOSIÇÃO AOS AGENTES NOCIVOS:	
MENCIONAR EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA E/OU INDIVIDUAL DISPONÍVEIS PARA A ATIVIDADE:	
Equipamento de Proteção Coletiva- EPC	Equipamento Proteção Individual - EPI
TERMO DE RESPONSABILIDADE	
Declaro, sob penas da lei, que são verdadeiras todas as informações prestadas neste formulário e ainda que assumo inteira responsabilidade pelas mesmas.	
Servidor (a) Assinatura e Matrícula	Chefe do Setor Assinatura e Matrícula