



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 <input type="checkbox"/> CELETISTA <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO	OCUPOU CARGO EM COMISSÃO OU EXERCEU FUNÇÃO DE CHEFIA NO PERÍODO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> SALA DE AULA	<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO	<input type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE
<input type="checkbox"/> ALMOXARIFADO	<input type="checkbox"/> HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ESCRITÓRIO	
<input type="checkbox"/> OUTRO	QUAL (NOME DA SALA OU AMBIENTE)?		
<input type="checkbox"/> AMBIENTE EXTERNO	QUAL (NOME DA SALA OU AMBIENTE)?		

JORNADA DE TRABALHO

CARGA HORÁRIA SEMANAL	HORÁRIO DE TRABALHO : ÀS :	ESCALA DE TRABALHO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	QUAL ESCALA DE TRABALHO? HORAS POR HORAS
-----------------------	-------------------------------	--	---

CONDIÇÕES DO AMBIENTE DE TRABALHO ⁽³⁾

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI's) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAIS?
--



RECEBIA GRATIFICAÇÃO/ADICIONAL DE INSALUBRIDADE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RECEBIA GRATIFICAÇÃO/ADICIONAL DE RISCO DE VIDA (PERICULOSIDADE)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAIS MESES E ANO?			
DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ROTINEIRAS ⁽⁴⁾			
2º PERÍODO DE TRABALHO: / / A / /			
VÍNCULO EMPREGATÍCIO <input type="checkbox"/> CELETISTA <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO		OCUPOU CARGO EM COMISSÃO OU EXERCEU FUNÇÃO DE CHEFIA NO PERÍODO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> SALA DE AULA	<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO	<input type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE
<input type="checkbox"/> ALMOXARIFADO	<input type="checkbox"/> HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ESCRITÓRIO	
<input type="checkbox"/> OUTRO	QUAL (NOME DA SALA OU AMBIENTE)?		
<input type="checkbox"/> AMBIENTE EXTERNO	QUAL (NOME DA SALA OU AMBIENTE)?		
JORNADA DE TRABALHO			
CARGA HORÁRIA SEMANAL	HORÁRIO DE TRABALHO : ÀS :	ESCALA DE TRABALHO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	QUAL ESCALA DE TRABALHO? HORAS POR HORAS
CONDIÇÕES DO AMBIENTE DE TRABALHO ⁽³⁾			
EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI's) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAIS?			



RECEBIA GRATIFICAÇÃO/ADICIONAL DE INSALUBRIDADE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RECEBIA GRATIFICAÇÃO/ADICIONAL DE RISCO DE VIDA (PERICULOSIDADE)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAIS MESES E ANO?			
DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ROTINEIRAS ⁽⁴⁾			
3º PERÍODO DE TRABALHO: / / A / /			
VÍNCULO EMPREGATÍCIO <input type="checkbox"/> CELETISTA <input type="checkbox"/> ESTATUTÁRIO		OCUPOU CARGO EM COMISSÃO OU EXERCEU FUNÇÃO DE CHEFIA NO PERÍODO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> SALA DE AULA	<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO	<input type="checkbox"/> OFICINA	<input type="checkbox"/> CENTRO DE SAÚDE
<input type="checkbox"/> ALMOXARIFADO	<input type="checkbox"/> HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ESCRITÓRIO	
<input type="checkbox"/> OUTRO	QUAL (NOME DA SALA OU AMBIENTE)?		
<input type="checkbox"/> AMBIENTE EXTERNO	QUAL (NOME DA SALA OU AMBIENTE)?		
JORNADA DE TRABALHO			
CARGA HORÁRIA SEMANAL	HORÁRIO DE TRABALHO : ÀS :	ESCALA DE TRABALHO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	QUAL ESCALA DE TRABALHO? HORAS POR HORAS
CONDIÇÕES DO AMBIENTE DE TRABALHO ⁽³⁾			
EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI's) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAIS?			



RECEBIA GRATIFICAÇÃO/ADICIONAL DE INSALUBRIDADE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
RECEBIA GRATIFICAÇÃO/ADICIONAL DE RISCO DE VIDA (PERICULOSIDADE)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAIS MESES E ANO?
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
-------------	----------------------

NOTAS EXPLICATIVAS

- (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 OBRIGATORIAMENTE 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.