



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO - SEMAD
Departamento de Saúde Ocupacional – DSO
Divisão de Perícia Médica e Medicina do Trabalho- DIPEMT

**REQUERIMENTO DE CONCESSÃO/REVISÃO DE ADICIONAL DE INSALUBRIDADE
E PERICULOSIDADE**

1. DADOS DO SERVIDOR

Matrícula:	Nome:		
Cargo:		CPF:	
Secretaria:	Setor:		
E-mail:			
Telefone:			

2. OBJETO DO REQUERIMENTO

☐ Concessão de Insalubridade ☐ Revisão de Insalubridade ☐ Concessão de Periculosidade ☐ Revisão de Periculosidade
--

3. LOCAL DE EXERCÍCIO

Endereço da Unidade:	
Prédio/Bloco Setor/Sala	
Horário de Trabalho	Atua em outra unidade? ☐ Não ☐ Sim. Qual?

4. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

Descreva resumidamente as atividades desempenhadas e os ambientes de trabalho.	
Prédio/Bloco Setor/Sala	
Horário de Trabalho	Atua em outra unidade? ☐ Não ☐ Sim. Qual?

5. EXPOSIÇÃO A AGENTES NOCIVOS OU ATIVIDADES PERIGOSAS

RISCOS FÍSICOS	RISCOS QUÍMICOS	RISCOS BIOLÓGICO S	RISCOS ERGONÔMICO S	RISCOS DE ACIDENTES	PERICULOSIDADE
☐ Ruído	☐ Poeiras	☐ Vírus	☐ Esforço físico intenso	☐ Arranjo físico inadequado	☐ Inflamáveis
☐ Radiações não ionizantes	☐ Fumos	☐ Bactérias	☐ Trabalho em postura inadequada	☐ Máquinas e equipamentos Sem proteção	☐ Explosivos
☐ Frio	☐ Névoas	☐ Protozoários	☐ Jornadas de trabalho prolongadas	☐ Ferramentas inadequadas Ou com defeito	☐ Energia Elétrica
☐ Calor	☐ Produtos	☐ Fungos	☐ Levantamento e transporte manual de peso	☐ Iluminação inadequada	☐ Risco de Colisões, Atropelamentos e Atos de Violência.
☐ Umidade	☐ Químicos diversos	☐ Parasitas	☐ Imposição de ritmos excessivos	☐ Presença de insetos e roedores Armazenamento Inadequado	
☐ Vibração	☐ Gases	☐ Bacilos	☐ Trabalho em Turno diário e noturno		
	☐ Vapores		☐ Monotonia e repetitividade		
	☐ Neblinas				

6. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

Recebe EPI? ☐ Sim ☐ Não
Quais?
Utiliza regularmente? ☐ Sim ☐ Não

7. ALTERAÇÕES FUNCIONAIS

☐ Secretaria ☐ Setor ☐ Atividades
☐ Jornada ☐ Não houve alterações

Caso positivo, informar:

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e correspondem às atividades efetivamente desempenhadas.

Estou ciente de que a prestação de declaração falsa poderá ensejar responsabilização administrativa, civil e penal, inclusive nos termos do art. 299 do Código Penal.

Local/Data:	Assinatura do Servidor:

DECLARAÇÃO DA CHEFIA IMEDIATA

Declaro, sob minha responsabilidade funcional, que o servidor encontra-se lotado nesta unidade e exerce habitualmente as atividades descritas neste requerimento, no local informado.

Estou ciente de que a prestação de declaração falsa poderá ensejar responsabilização administrativa, civil e penal, inclusive nos termos do art. 299 do Código Penal.

Nome da Chefia:	Cargo:
Matrícula:	
Data:	