

FICHA DE INVESTIGAÇÃO PARA CARACTERIZAÇÃO DE INSALUBRIDADE E/OU PERICULOSIDADE

As avaliações das condições ambientais são para identificação de insalubridade ou periculosidade, de acordo com a Lei Complementar nº 17 de 30 de agosto de 1993 (Estatuto dos Servidores Públicos Municipais de Foz do Iguaçu), Decreto Municipal 29.846, de 14 de dezembro de 2021 e Norma Regulamentadora nº 15 e 16, para concessão, alteração ou manutenção dos adicionais.

NOME DO SERVIDOR:		Matrícula:
Telefone:		Secretaria:
Local de Trabalho:		Departamento:
Cargo/Função:		
Descrição das atividades		
Jornada semanal e frequência de cada atividade		
RISCOS FÍSICOS		
Tem exposição a ruído? (máquinas ruidosas, motores, equipamentos, etc)	Sim ()	Se sim, qual a fonte geradora?
	Não ()	Tempo de exposição diária:
		Frequência de exposição semanal:
		Exposição mensal:
Tem exposição a radiação ionizante? (máquinas de raio- x, materiais radioativos, etc)	Sim ()	Se sim, qual a fonte geradora?
	Não ()	Tempo de exposição diária:
		Frequência de exposição semanal:
		Exposição mensal:

Tem exposição ao frio? (trabalho em câmaras frigoríficas, etc)	Sim ()	Se sim, qual a fonte geradora?	
	Não ()	Tempo de exposição diária:	
		Frequência de exposição semanal:	
Há exposição à vibração? (martelletes, ferramentas rotativas, tratores, etc)	Sim ()	Se sim, qual a fonte geradora?	
	Não ()	Tempo de exposição diária:	
		Frequência de exposição semanal:	
Existe exposição à umidade excessiva? (serviços de lavagens constantes, áreas enxarcadas)	Sim ()	Se sim, qual a fonte geradora?	
	Não ()	Tempo de exposição diária:	
		Frequência de exposição semanal:	
Há exposição à radiação não-ionizante? (laser, ultravioletas e microondas)	Sim ()	Se sim, qual a fonte geradora?	
	Não ()	Tempo de exposição diária:	
		Frequência de exposição semanal:	
RISCOS QUÍMICOS			
Tem exposição a produtos químicos?	Sim ()	Se sim, qual o tipo de exposição? (manipulação, fabricação, extração, outros)	
	Não ()		
Principais e mais frequentes produtos químicos utilizados			
Nome do produto químico	Frequências de utilização		
	Diária	Semanal	Mensal

Há exposição à poeira ocupacional? (inerente a atividade desempenhada como poeiras de moagem, trituração, remoção de materiais em grande escala, etc)	Sim ()	Se sim, qual a fonte geradora?
	Não ()	Tempo de exposição diária:
		Frequência de exposição semanal:
		Exposição mensal:
RISCOS BIOLÓGICOS		
Tem exposição a agentes biológicos? (sangue, vísceras, glândulas, dejetos de animais, materiais orgânicos vegetais ou animais, entre outros)	Sim ()	Se sim, qual a fonte geradora?
	Não ()	Tempo de exposição diária:
		Frequência de exposição semanal:
		Exposição mensal:
OUTROS RISCOS		
Descrever demais riscos da sua atividade que considerar insalubre:		

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI's	
TIPO	EM QUE PROCEDIMENTO UTILIZA?



SECRETARIA MUNICIPAL DA ADMINISTRAÇÃO

DIRETORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL

SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM
MEDICINA DO TRABALHO – SESMT

Obs. 1 – As atividades descritas e que possam caracterizar insalubridade de acordo com a legislação pertinente e aplicável, serão avaliadas e analisadas por profissionais da área de segurança do trabalho.

Obs. 2 – A Chefia Imediata deve analisar a ficha preenchida pelo Servidor corroborando com o descrito, nos campos correspondentes.

Assumo total e irrestrita responsabilidade trabalhista, civil e criminal, se não estiver declarando a verdade, com corresponsabilidade da Chefia Imediata, pelas informações acima prestadas. Nestes termos,

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de 2025.

Servidor
Assinatura e carimbo

Observações acrescentadas pela chefia de departamento:

Pede Deferimento.

Chefia Imediata
Assinatura e carimbo

Diretor(a) do Departamento
Assinatura e carimbo