

REQUERIMENTO DE ADICIONAL DE INSALUBRIDADE

* Este formulário será válido a partir de 29/10/2012.

Obs: A prestação de informações falsas constitui crime de **FALSIDADE IDEOLÓGICA**, nos termos do art. 297 do Código Penal.

I – DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO COLABORADOR

I.1 – DADOS PESSOAIS

Nome _____

Matricula _____ Lotação _____ Função _____

Local de Trabalho _____

Gerência Regional _____ Cidade _____

Data Nasc _____ Idade _____ Sexo _____ Estado Civil _____

Tel. Res _____ Tel. Trabalho _____ Horário Trabalho _____

I.2 – INFORMAÇÕES GERAIS

Local onde são exercidas as atividades laborais: _____

Atividades exercidas: _____

Utiliza Equipamentos de Proteção Individual (EPI'S) ☐ não ☐ sim, quais? _____

I.3 – EXPOSIÇÃO A AGENTES FÍSICOS

Umidade: ☐ Inexistente ☐ Existente

Ruído: ☐ Inexistente ☐ Existente

Calor: ☐ Inexistente ☐ Existente

Vibração: ☐ Inexistente ☐ Existente

Observações: _____

I.4 – EXPOSIÇÃO A AGENTES BIOLÓGICOS

Atuação em Esgotos: ☐ Inexistente ☐ Existente

Atividades: ☐ Em laboratório ☐ Manutenção de esgotos ☐ ligação e corte de esgotos
☐ elevatórias de esgotos ☐ lagoas de estabilização

Observações: _____

Contato do corpo com Esgotos: ☐ não ☐ sim - qual(is) as partes do corpo expostas?

Tempo de exposição: _____ minutos por dia; _____ horas por dia; _____ dia(s) por semana;

Outras observações que julgue pertinente: _____

I.5 – EXPOSIÇÃO A AGENTES QUÍMICOS

Especificação do agente:

☐ Cal ☐ Inexistente ☐ Existente

☐ Sulfato de Alumínio sólido..... ☐ Inexistente ☐ Existente

☐ Cloro gasoso (engarrafado)..... ☐ Inexistente ☐ Existente

☐ Cloro em pastilha (hipoclorito de cálcio)..... ☐ Inexistente ☐ Existente

☐ Cloro granulado (hipoclorito de cálcio)..... ☐ Inexistente ☐ Existente

☐ Outros _____

Local e data: _____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Empregado

II – COMENTÁRIOS/INFORMAÇÕES

II.1 – INFORMAÇÕES DO CHEFE IMEDIATO

Atividades **atuais desempenhadas** pelo empregado: _____

O colaborador solicitante está substituindo o titular da função: ☐ Sim ☐ Não. Se a resposta foi “sim”, a substituição será por quantos dias? _____

Local e data: _____, ____ de _____ de 20____

Chefe Imediato
(Carimbo e assinatura)

II.2 – AVALIAÇÃO DO SUBGERENTE DA ÁREA

De acordo ☐ Sim ☐ Não.

Justifique:

Local e data: _____, ____ de _____ de 20____

Sub-Gerente da Área
(Carimbo e assinatura)

II.3 – INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL DE SEGURANÇA DO TRABALHO

Relatar abaixo as atividades e tarefas que expõem o trabalhador a agentes ou situações de risco, bem como o tempo e a forma de exposição.

OBS: Favor se ater ao que foi solicitado e exclusivamente ao **aspecto técnico**.

Local e data: _____, ____ de _____ de 20____

Profissional de Segurança do Trabalho
(Carimbo e assinatura)

GERENTE REGIONAL

Local e data: _____, ____ de _____ de 20____

Gerente Regional
(Carimbo e assinatura)