



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

Secretaria Municipal de Administração

Núcleo Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho - NESMT

Insalubridade / Periculosidade

Solicitação do Adicional de: ☐ INSALUBRIDADE ☐ PERICULOSIDADE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Matrícula	Nome		
Cargo		Data de nomeação / /	
Secretaria /Setor		Nome do Ambiente	
Endereço /ponto de referência e Telefone			
Horário de trabalho			

2 - DECLARAÇÃO DO SERVIDOR

Descrição das Atividades	
Local	
Tempo Aproximado hora(s)	Frequência: ☐ Rotineiramente ☐ Às vezes ☐ Raramente
Data / /	Assinatura do Requerente

***Frequência necessária à execução das atividades descritas:**

As informações acima são verdadeiras: ____/____/____	De acordo, _____.
Nome: _____	Diretoria
_____	_____.
Assinatura /Chefe Imediato	

Obs.: As informações são prestadas sob pena da Lei (Art. 299, Código Penal Brasileiro).

Rua Duque de Caxias, n.º 186 – Bairro Arigolândia.
Fone: Gabinete (69)39013083 - NESMT (69) 39013074.
CEP: 78.900-000 – Porto Velho/RO





PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Secretaria Municipal de Administração
Núcleo Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho - NESMT

MAPEAMENTO DE RISCOS AMBIENTAIS - TABELA DE RISCOS
QUESTIONÁRIO DOS SERVIDORES E CHEFIAS

Servidor: _____ Matrícula: _____
Posto de Trabalho: _____
Lotação do Posto de Trabalho: _____

- 1) Identificar e marcar com "X" o Risco(s) "existente no Posto de Trabalho, Tempo de Exposição por Risco, (a que as pessoas se expõem ou possam estar expostas), conforme a classificação da Tabela abaixo":

Grupo 1 -	Grupo -2 -	Grupo 3 -	Grupo 4 -	Grupo 5 -
Riscos Físicos	Riscos Químicos	Riscos Biológicos	Riscos Ergonômicos	Riscos de Acidentes
☐ Ruído Tempo: _____ ☐ Radiações não ionizantes Tempo: _____ ☐ Frio Tempo: _____ ☐ Calor Tempo: _____ ☐ Umidade Tempo: _____ ☐ Vibração Tempo: _____	☐ Poeiras Tempo: _____ ☐ Fumos Tempo: _____ ☐ Névoas Tempo: _____ ☐ Produtos Químicos diversos Tempo: _____ ☐ Gases Tempo: _____ ☐ Vapores Tempo: _____ ☐ Neblinas Tempo: _____	☐ Vírus Tempo: _____ ☐ Bactérias Tempo: _____ ☐ Protozoários Tempo: _____ ☐ Fungos Tempo: _____ ☐ Parasitas Tempo: _____ ☐ Bacilos Tempo: _____	☐ Esforço físico intenso Tempo: _____ ☐ Trabalho em postura inadequada Tempo: _____ ☐ Jornadas de trabalho prolongadas Tempo: _____ ☐ Levantamento e transporte manual de peso Tempo: _____ ☐ Imposição de ritmos excessivos Tempo: _____ ☐ Trabalho em Turno e noturno Tempo: _____ ☐ Monotonia e repetitividade Tempo: _____ ☐ Stress físico e mental decorrente do trabalho	☐ Arranjo físico inadequado ☐ Máquinas e equipamentos Sem proteção ☐ Ferramentas inadequadas Ou com defeito ☐ Iluminação inadequada ☐ Presença de insetos e roedores ☐ Armazenamento Inadequado



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Secretaria Municipal de Administração
Núcleo Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho - NESMT

Grupo 1 –	Grupo 5 –
Riscos Físicos	Riscos de Acidentes
Materiais e Substâncias radioativas: ☐ Operação / Tempo: _____ ☐ Manipulação Tempo: _____ Equipamentos que emitem Radiações Ionizantes ☐ Operação equipamentos Tempo: _____ ☐ Exposição por Irradiação: Tempo: _____ - Técnica Utilizada ☐ Radiologia ☐ Mamografia ☐ Tomografia Computadorizada ☐ Fluoroscopia	Eletricidade ☐ Risco com eletricidade Na função: Tempo de Contato: _____ Risco de incêndio e explosão: ☐ Materiais inflamáveis Tipo de Embalagem _____ Pesos e Volumes por Embalagens: _____ Consumo / mês: _____ ☐ Materiais explosivos Muito: Pouco: Nenhum:

Obs.:

Data/Local: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Servidor

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo da Chefia Imediata



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO
Núcleo Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho -NESMT

DESCRIÇÃO DE RISCO(S) POR SERVIDOR NO(S) POSTOS DE TRABALHO - FLUXO DE TRABALHO

Preencher para cada um dos “Risco(s)” anotado(s) na Tabela de Riscos (Levantamento de Dados) por Posto de Trabalho

Nome do Servidor: _____ Matrícula: _____

Cargo: _____

Posto de Trabalho/ Lotação/ Risco(s):											
Nº.	Nome	Lotação	Risco (Agente)	Qual Agente?	Atividade /Serviço /Local	Fonte Gera-dora do Risco	Área de Risco	Envolvido(s) com o Risco	Tempo de Exposição	Nº. de Ex-postos	Medidas Corretivas Existentes
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											