



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE GESTÃO PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS MÉDICAS DO ESTADO

LAUDO DE INSALUBRIDADE

ANEXO 4

Frente – fazer em 2 vias

SECRETARIA	Secretaria de Logística e Transportes
UNIDADE	Departamento de Estradas de Rodagem
SEÇÃO OU SETOR	Lotação atual do servidor

DADOS DO SERVIDOR	
Nome do funcionário (a) ou servidor (a)	José da Silva
RG. 12.XXX.678	Cargo ou Função, atividade
	Oficial Operacional
Cargo ou Função Atividade que efetivamente exerce	Chefe I
Se comissionado sede de origem	Origem do cargo
Data de Comissionamento	01/01/01

CLASSIFICAÇÃO DA ATIVIDADE E / OU OPERAÇÃO

AGENTES FÍSICOS	SIM	NÃO	
Radiação ionizante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Próximo à fonte de radiação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Radiação não ionizante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____
Desconforto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Mudanças bruscas de temperatura
			IBUTG = _____ carga horária _____
			Valores normais (limite de tolerância) IBUTG = _____
			(Atividade) <input type="checkbox"/> Trabalho leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> pesado
Umidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____
Ruído	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dentro dos limites de tolerância _____ Db (A)
			Acima dos limites de tolerância _____ DB ()
			Carga horária _____ com pausa de _____ / _____
			Ruído contínuo ou intermitente
			Valores normais (limite de tolerância) 85 dB (A)
			Ruído de impacto
			Valores Normais (limite de tolerância 120 dB (C)
Iluminação Inadequada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ unidade lux
			Valores normais (limite de tolerância) _____ unidade lux
			De acordo com NBR – ABNT.
Má ventilação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____
Condições Ergonômicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____
Desfavoráveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipamento de Proteção Individual (E.P.I.)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Tipo _____			
Equipamento de Proteção Coletiva (E.P.C.)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	
Tipo _____			
Adotar Medidas de Proteção	Coletivas <input type="checkbox"/>	Individuais <input type="checkbox"/>	
Tipo _____			
Especifique _____			

AGENTES BIOLÓGICOS

Tipo(s) _____

Equipamento de Proteção Individual (E.P.I.) Tipo Sim ☐ Não ☐

Equipamento de Proteção Coletiva (E.P.C.) Tipo Sim ☐ Não ☐

Adotar Medidas de Proteção Especifique Coletivas ☐ Individuais ☐

AGENTES QUÍMICOS

Substância(s) _____

Classificação de toxicidade _____

Tipo ou natureza da operação _____

Toxicidade potencial Ambiental Tipo Sim ☐ Não ☐

Equipamento de Proteção Individual (E.P.I.) Tipo Sim ☐ Não ☐

Equipamento de Proteção Coletiva (E.P.C.) Tipo Sim ☐ Não ☐

Adotar Medidas de Proteção Especifique Coletivas ☐ Individuais ☐

CONCLUSÃO DO LAUDO**Condições Insalubres**

Da atividade e/ou operação

Sim☐**Não**☐

Da unidade

☐☐**Grau de Insalubridade****Máximo****Médio****Mínimo****Isento**

Da atividade e/ou operação

☐☐☐☐

Da unidade

☐☐☐☐

CLASSIFICAÇÃO FINAL

☐☐☐☐

Observações:

Nome e assinatura do perito
(carimbo)

Campo reservado para dados administrativos e complementares