



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

LAUDO DE INSALUBRIDADE

SECRETARIA	_____
UNIDADE	_____
SEÇÃO OU SETOR	_____

DADOS DO SERVIDOR
Nome do funcionário (a) ou servidor (a) _____
RG _____ Cargo ou Função, atividade _____
Cargo ou Função, atividade que efetivamente exerce _____
Se comissionado sede de origem _____
Data do comissionamento ____/____/____.

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 térmico	<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) _____ lux de acordo com NBR – ABNT.
Má ventilação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____
Condições ergonômicas desfavoráveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo _____
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"/>
Especifique _____			

AGENTES BIOLÓGICOS

Tipo(s) _____

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

Tipo _____

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

Tipo _____

Adotar Medidas de Proteção Coletivas Individuais

Especifique _____

AGENTES QUÍMICOS

Substância(s) _____

Classificação da toxicidade _____

Tipo ou natureza da operação _____

Toxicidade potencial ambiental Sim Não

Tipo _____

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

Tipo _____

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

Tipo _____

Adotar Medidas de Proteção Coletivas Individuais

Especifique _____

CONCLUSÃO DO LAUDO**Condições Insalubres****Sim****Não**Da atividade e/ou operação 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