

EPI - Equipamento de Proteção Individual		EPC – Equipamento de Proteção Coletiva	
Tipo	C.A.	Extintor portátil adequado e sinalizado	
-	-	-	
OBSERVAÇÃO			
1) Conforme item 15.4 da NR-15, a eliminação ou neutralização da insalubridade determinará a cessação do pagamento do adicional respectivo; Item 15.4.1 a eliminação ou neutralização da Insalubridade deverá ocorrer: a) Com a adoção de medida de ordem geral, que conserve o ambiente de trabalho dentro dos limites de tolerância; b) Com a utilização de EPI (Equipamento de Proteção Individual); 2) LTE Confeccionado e elaborado com base nas informações extraídas e prestadas pelo(a): Chefia imediata do interessado(a) e/ou solicitante, documentos encartados no Processo, DPME/SP, interessado(a) / solicitante e/ou RH da Unidade. 3) De acordo com informações da chefia imediata e do solicitante, não houve alteração do layout no período informado.			
FUNDAMENTAÇÃO LEGAL			
Lei nº: 6.514 de 22.12.1977; Portaria nº: 3.214 de 08.06.1978, NR-15 e NR-17; Artigos: 189, 190, 191 e 192 da CLT; Lei Complementar 432 de 18.12.1985, NTR-1 à NTR-6; Decreto: 25.492 de 14.07.1986; Resolução SRT 33 de 05.11.1986; Resolução SRT 37 de 30.04.1987.			
AVALIAÇÃO / CONCLUSÃO			
Considerando a descrição das atividades executadas e realizadas pelo trabalhador, o mesmo está enquadrado nas atividades insalubres; Há enquadramento legal, para o pagamento / recebimento do Adicional de Insalubridade em _____ (%), documentos e informações constantes no processo acostadas as FLS. _____, conforme os preceitos da legislação vigente; Exposição aos agentes nocivos de modo habitual e permanente, não ocasional e nem intermitente durante o período de ____/____/____ à ____/____/____ com destinação à Análise para obtenção da Aposentadoria Especial, por parte da Unidade Gestora do Regime Próprio de Previdência Social do Estado de São Paulo.			
MEDIDAS PROPOSTAS			
1) Colaborar com a empresa na aplicação das Normas Regulamentadoras; 2) Cumprir as disposições legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho; 3) Submeter-se aos exames médicos previstos nas Normas Regulamentadoras; 4) Usar o EPI fornecido pelo empregador.			
ENCERRAMENTO			
Local	Data		

©2022/©CQV/SESMT

INSTRUÇÃO PARA PREENCHIMENTO

CAMPO/DESCRIÇÃO	INSTRUÇÃO
Laudo Técnico indicado para fins de:	Assinalar ao lado para identificação da finalidade a que destina o laudo técnico: aposentadoria especial, mandado de segurança e ou processo de ação judicial. Pode ser assinalada mais de uma informação.
Identificação do local de trabalho	Neste campo deve ser informado a unidade/setor, CNPJ do local de origem do servidor, endereço de atuação e grau de risco vinculado ao CNPJ.
Descrição do ambiente de trabalho	Descrever as características construtivas do local de trabalho, tal como, cobertura, iluminação, piso, ventilação. Identificar no campo processo, o número do processo em que foi realizada a abertura da solicitação. (SPDOC ou Sistema Sem Papel)
Identificação	Descrever as informações funcionais do servidor, nome, cargo de origem, função atuante, registro geral (RG), CPF, data de nascimento, Admissão no cargo público, regime de trabalho, PIS, Código Brasileiro de Ocupação – CBO, data de demissão do setor. Identificar no campo período as datas destinadas ao período de atuação no serviço público com a data de ingresso até a data de solicitação e ou demissão no serviço público.
Descrição das atividades	Descrever as atividades realizadas no setor de atuação. Caso seja em setores diferenciados deve ser indicado o período, nome do setor e descrição de cada atribuição do servidor. Descrição das atividades, físicas ou mentais, realizadas pelo trabalhador, por força do poder de comando a que se submete, com até quatrocentos caracteres alfanuméricos. As atividades deverão ser descritas com exatidão e de forma sucinta, com a utilização de verbos no infinitivo impessoal.
Descrição dos Riscos Ocupacionais	Informações sobre a exposição do servidor a fatores de riscos ambientais, por período. Para servidores públicos de regime de contratação Estatutário deve ser evidenciado as normas relativas ao estatuto do servidor baseando em laudos de apostilamentos dos adicionais de insalubridade emitido pelo DPME. Para servidores públicos em regime de contratação CLT deve ser realizado o

	preenchimento vinculado aos riscos conforme NR15 e seus anexos.
Equipamento de proteção individual Equipamento de proteção coletiva	Preenchimento do campo Tipo, dos Equipamentos de proteção individual com os respectivos EPIs utilizados para a execução das atividades, C.A. – Certificação de Aprovação descrito no equipamento fornecido conforme legislação. Campo EPC - preencher os equipamentos de proteção coletiva existente no local de trabalho, como por exemplo extintor portátil, hidrantes, capela, guarda corpo, dentre outras.
Observação	Campo destinado às informações legais, não é necessário o preenchimento.
Fundamentação Legal	Campo destinado às informações legais, não é necessário o preenchimento.
Avaliação e conclusão	Local destinado à classificação da insalubridade em consonância a legislação. Servidor CLT classificar mediante legislação vigente NR15 e seus anexos, sendo profissional habilitado e capacitado sendo Médico do Trabalho e ou Engenheiro de Segurança do Trabalho. Para servidores regidos por regime próprio estatutário a classificação é de responsabilidade do DPME – Departamento de Perícia Médica do Estado de São Paulo. Toda a classificação que possuir laudo informar a numeração da página anexada no processo.
Medidas propostas	Informar quais medidas necessárias para segurança e saúde do servidor no trabalho.
Encerramento	Inserir a data e local; Preencher os campos com a assinatura do profissional legalmente habilitado e capacitado com os dados incluindo nome, especialização e número do conselho de classe. Os outros campos identificar a instituição com CNPJ e dados jurídicos (carimbo), chefia do setor (dados institucionais) e assinatura de todos.

Anexo III – Modelo de CTC (101/102)

ANEXO III
a que se refere o parágrafo único do artigo 20 da Instrução Normativa SPPREV/DBS nº 02, de outubro de 2022.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
CERTIDÃO DE CONTAGEM DE TEMPO Nº _____

(2) Nome	Data/Nasc.	Sexo	Registro Sistema (RS)	Registro Geral (RG)	CPF	PUCR nº
Cargo/Função/Atividade	Padrão/Faixa/Nível	Enc/Vcto	Tab/Vcto	SQC/SQF	Categoria	PIS/PASEP
Órgão de Classificação	Município	Unidade Administrativa	Unidade Despesa	Acumula Cargo/Função/Atividade		

(3) Adicional por tempo de serviço (Vigência/Ratificação)	(4) Cargo/Função/Atividade/Acumulação (Denominação)
1º _____ 2º _____ 3º _____ 4º _____ 5º _____	(5) Sexta-Parte (Vig. Ratificação)

(6) Anos	(7) Tempo Bruto	AFASTAMENTOS					(9) Includo ou Acréscimo	(10) Tempo Líquido Acumulado				(11) OCORRÊNCIAS/OBSERVAÇÕES	
		FALTAS	LICENÇAS					ATS	6º Parte	APOS			
		TAMSPF	JUST	INJUST	SAUDE	FAM							
(12) Total a tempo													(13) Responsável Dirigente

ANEXO III
a que se refere o parágrafo único do artigo 20 da Instrução Normativa SPPREV/DBS nº 02, de outubro de 2022.

(14) Nome:	(15) Registro Geral (RG):
------------	---------------------------

(6) Anos	(7) Tempo Bruto	AFASTAMENTOS					(9) Includo ou Acréscimo	(10) Tempo Líquido Acumulado				(11) OCORRÊNCIAS/OBSERVAÇÕES	
		FALTAS	LICENÇAS					ATS	6º Parte	APOS			
		TAMSPF	JUST	INJUST	SAUDE	FAM							
(16) Total a tempo													(18) Responsável Dirigente

CAMPO 1 - CERTIDÃO DE TEMPO Nº _____
CERTIFICO com fundamento nos dados constantes deste documento que o(a) interessado(a) RG nº _____ no período de ____/____/____ à ____/____/____, conta com o TEMPO LÍQUIDO para fins de:
 Adicional por tempo de serviço: _____ dias, ou seja, _____ meses e _____ dias
 Sexta-Parte: _____ dias, ou seja, _____ meses e _____ dias
 Aposentadoria: _____ dias, ou seja, _____ meses e _____ dias
 Aposentadoria Especial: _____ dias, ou seja, _____ meses e _____ dias (tempo de serviço público prestado exclusivamente em condições especiais)

LAVREI A CERTIDÃO QUE NÃO CONTÉM EMENDAS NEM RASURAS
 São Paulo, em ____ de ____ de ____
 Responsável _____ Dirigente

VISTO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO
 São Paulo, em ____ de ____ de ____
 Responsável _____ Dirigente

CAMPO 2 - CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO Nº _____
CERTIFICO À VISTA DA CERTIDÃO DE TEMPO Nº _____ e demais elementos constantes do processo em nome de RG nº _____, que no período de ____/____/____ à ____/____/____, conta de efetivo exercício o TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO de ____ dias ou ____ meses e ____ dias, para fins de APOSENTADORIA ESPECIAL.
 Sendo que conta com ____ dias ou ____ meses e ____ dias de tempo de serviço público prestado exclusivamente em condições especiais para fins de APOSENTADORIA ESPECIAL.

LAVREI A CERTIDÃO QUE NÃO CONTÉM EMENDAS NEM RASURAS
 São Paulo, em ____ de ____ de ____
 Responsável _____ Dirigente

VISTO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO
 São Paulo, em ____ de ____ de ____
 Responsável _____ Dirigente

