



SEGURANÇA SOCIAL

**PROTEÇÃO NA DOENÇA PROFISSIONAL**  
**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO A RISCOS**

**1 IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

Nome completo	<input type="text"/>
N.º de Identificação de Segurança Social/N.º de Subscritor	<input type="text"/>
Nome da entidade empregadora	<input type="text"/>

**2 ELEMENTOS RELATIVOS À ATIVIDADE PROFISSIONAL**

N.º de ordem <sup>(1)</sup>	Setor de trabalho (S)	Posto de trabalho (PT)
S/PT 1		
S/PT 2		
S/PT 3		
S/PT 4		
S/PT 5		

**(1)** Deve mencionar os postos de trabalho ocupados por ordem cronológica, correspondendo o atual posto de trabalho ao n.º1 e o n.º 2 ao posto de de trabalho imediatamente anterior e assim sucessivamente.

**3 EXPOSIÇÃO A AGENTES QUÍMICOS**

**3.1 Poeiras / fumos / fibras**

Designação	Concentração (mg / m <sup>3</sup> ou partículas / cm <sup>3</sup> )	Observações / medidas preventivas adotadas

**3.2 Gases e vapores**

Designação	Concentração (mg / m <sup>3</sup> ou partículas / cm <sup>3</sup> )	Observações / medidas preventivas adotadas

**As falsas declarações são punidas nos termos da lei**

## 4

## EXPOSIÇÃO A RISCOS PROVOCADOS POR AGENTES FÍSICOS

## 4.1 Ruídos

N.º	$L_{Aeq,T}$ dB(A)	$T_{exp}$ min/dia	$L_{EX,8h}$ dB(A)	$\bar{L}_{EX,8h}$ dB(A)	$L_{EP,d,efect}$ dB(A)	$L_{Cpico}$ dB(C)	Observações / medidas preventivas adotadas
S/PT 1							
S/PT 2							
S/PT 3							
S/PT 4							
S/PT 5							

Protetor(es) de ouvidos utilizado(s): \_\_\_\_\_

Medidas de prevenção coletivas adotadas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.2 Vibrações (Aceleração  $a_{eq,t}$  em m/s<sup>2</sup>)

N.º	Sistema braço / mão	Sistema corpo global	Observações / medidas preventivas adotadas
S/PT 1			
S/PT 2			
S/PT 3			
S/PT 4			
S/PT 5			

## 4.3 Radiações (Gama de níveis de radiação)

N.º	Ionizantes	Infra vermelhas	Ultravioletas	Observações / medidas preventivas adotadas
S/PT 1				
S/PT 2				
S/PT 3				
S/PT 4				
S/PT 5				

## 4.4 Iluminação insuficiente - Nistagmo (Gama de níveis de iluminância em luz)

N.º	Luz natural	Luz artificial	Luz mista	Observações / medidas preventivas adotadas
S/PT 1				
S/PT 2				
S/PT 3				
S/PT 4				
S/PT 5				

## 4.5 Pressão superior à atmosfera

N.º	Gama de pressões (em bar)	Observações / medidas preventivas adotadas
S/PT 1		
S/PT 2		
S/PT 3		
S/PT 4		
S/PT 5		

(continua na pág. seguinte)

**4 EXPOSIÇÃO A RISCOS PROVOCADOS POR AGENTES FÍSICOS** (continuação)**4.6 Ambientes térmicos**

N.º	Gama de temperatura do ar (em °C)	Gama de humidades relativas (em %)	Observações / medidas preventivas adotadas
S/PT 1			
S/PT 2			
S/PT 3			
S/PT 4			
S/PT 5			

**4.7 Agentes mecânicos**

N.º	Pressão sobre bolsas sinoviais	Sobrecarga sobre bainhas tendinosa e outros	Pressão sobre nervos ou plexos nervosos	Pressão sobre cartilagem intra-articular do joelho	Outros	Observações / medidas preventivas adotadas
S/PT 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S/PT 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S/PT 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S/PT 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S/PT 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**5 AGENTES INFECIOSOS E PARASITÁRIOS**

N.º	Bactérias	Vírus	Parasitas	Fungos	Especificações / observações / medidas preventivas adotadas
S/PT 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S/PT 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S/PT 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S/PT 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
S/PT 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**6 CERTIFICAÇÃO <sup>(1)</sup>**

As declarações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_  
ano    mês    dia

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo)

**(1)** A preencher pela entidade empregadora ou, na sua falta, pela Autoridade para as Condições de Trabalho.

Os dados pessoais apresentados serão objeto de tratamento pelos serviços competentes da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I.P., Instituto da Segurança Social dos Açores, I.P.R.A e Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM) para os fins a que se destina o presente formulário e serão conservados pelo prazo estritamente necessário à prossecução desses fins.

Os referidos Serviços da Segurança Social, comprometem-se a proteger os seus dados pessoais e a cumprir as suas obrigações no âmbito da proteção de dados. Para mais informações sobre a proteção de dados, consulte o portal da Segurança Social em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)