|  |
| --- |
| **ADICIONAL DE INSALUBRIDADE, PERICULOSIDADE, IRRADIAÇÃO IONIZANTE/GRATIFICAÇÃO POR TRABALHOS COM RAIO-X**  (Instrução Normativa SGP/SEGGG/ME nº 15, de 16/03/2022; Portaria MTE 3.214/78 e Normas Regulamentadoras 15 e 16) |

|  |
| --- |
| **OBSERVAÇÕES IMPORTANTES** |
| **1.** Caso um dos campos deste formulário não seja suficiente, o servidor pode anexar informações adicionais ao mesmo. Porém, **as folhas em anexo só terão validade se estiverem assinadas pelo servidor e pela chefia imediata**.  **2.** Caso o servidor desenvolva **atividades em mais de um posto de trabalho** (por exemplo, professores que ministram aulas práticas em outros ambientes pertencentes à UFDPar), deverá identificar cada posto de trabalho, bem como aqueles onde ocorrem as aulas teóricas e práticas. Faz-se necessário que sejam relacionados os respectivos riscos e tempos de exposição.  **3.** As declarações feitas neste formulário, necessariamente, serão submetidas à comprovação por profissional competente designado para a emissão de laudo pericial através de avaliações qualitativas e quantitativas nos locais de trabalho, a fim de validar (ou não) as informações prestadas.  **4.** Quaisquer dúvidas ou informações quanto ao preenchimento desde requerimento, favor encaminhar mensagem para o e-mail da PROGEP – Pró-reitoria de Gestão de Pessoas: progep@ufdpar.edu.br |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | INSALUBRIDADE |  | PERICULOSIDADE |
|  | PRIMEIRA SOLICITAÇÃO |  | REVISÃO DO ADICIONAL |
|  | MOVIMENTAÇÃO/ALTERAÇÃO DE CARGO OU FUNÇÃO |  | MOVIMENTAÇÃO/ALTERAÇÃO DO SETOR |
|  | RETORNO ÀS ATIVIDADES APÓS PERÍODO DE AFASTAMENTO |  | OUTRO: |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO SERVIDOR(A)** | |
| **Nome Completo: Nome Social:** | |
| **Cargo/Função:** | **Matrícula SIAPE:** |
| **Telefone Celular com DDD:** | **E-mail:** |
| **Informe se exerce função de chefia ou direção:** ( ) Não ( ) Sim. Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Tipo de vínculo mantido pelo(a) servidor(a) nesta instituição:**  ( ) Efetivo ( ) Substituto/Temporário ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |
| --- |
| **Jornada de Trabalho Semanal do(a) Servidor(a):**  ( ) 20 horas ( ) 30 horas ( ) 40 horas ( ) Dedicação Exclusiva ( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Em caso de servidor Professor do Magistério Superior (Dedicação Exclusiva), serão consideradas para avaliação somente 40 horas semanais

|  |
| --- |
| **INFORMAR PERÍODO E DESCREVER AS ATIVIDADES REALIZADAS** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMAÇÕES RELACIONADAS À UNIDADE DE LOTAÇÃO DO SERVIDOR(A)** | |
| **Período:** | |
| **Unidade de Lotação:** | |
| **Setor:** | |
| **Cargo:** | |
| **Função:** | |
| **Campus:** | |
| **Cidade:** | **UF:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMAÇÕES RELACIONADAS À UNIDADE DE LOTAÇÃO DO SERVIDOR(A)** | |
| **Período:** | |
| **Unidade de Lotação:** | |
| **Setor:** | |
| **Cargo:** | |
| **Função:** | |
| **Campus:** | |
| **Cidade:** | **UF:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMAÇÕES RELACIONADAS À CHEFIA IMEDIATA** | |
| **Nome Completo:** | |
| **Matrícula SIAPE:** | **CPF:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMAÇÕES RELACIONADAS À CHEFIA IMEDIATA** | |
| **Nome Completo:** | |
| **Matrícula SIAPE:** | **CPF:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMAÇÕES RELACIONADAS À CHEFIA IMEDIATA** | |
| **Nome Completo:** | |
| **Matrícula SIAPE:** | **CPF:** |

|  |
| --- |
| **INDICAÇÃO DOS RISCOS AMBIENTAIS** |
| **01.** Assinale se durante o trabalho executado, por força da atribuição legal do cargo, ocorre exposição aos fatores de **RISCOS FÍSICOS,** abaixo mencionados: |
| ( ) Calor  ( ) Frio  ( ) Umidade  ( ) Vibrações  ( ) Ruído elevado  ( ) Atividades sob condições hiperbáricas  ( ) Radiação ionizante do tipo raio-x  ( ) Radiação não ionizante do tipo laser, micro-ondas ou ultravioleta  ( ) Outros. Especifique: |
| **02.** Durante o trabalho executado, por força da atribuição legal do cargo, ocorre contato ou exposição a **SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS?** ( ) Não ( ) Sim. Especificar no espaço reservado os nomes das substâncias químicas. |
|  |
| **03.** Assinale os riscos que durante o trabalho executado, por força da atribuição legal do cargo, ocorre contato ou exposição aos fatores de **RISCOS BIOLÓGICOS** abaixo mencionados: |
| ( ) Pacientes em isolamento por doenças infecto-contagiosas  ( ) Carnes, glândulas, vísceras, sangue, couros, pêlos e dejeções de animais portares de doenças infecto-contagiosas, carbunculose, tuberculose e brucelose.  ( ) Estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana  ( ) Estabelecimentos para atendimento e tratamento de animais  ( ) Laboratório para preparo de soros, vacinas e outros produtos  ( ) Laboratórios de análise clínica e histopatologia  ( ) Gabinetes de autopsias, de anatomia e histoanatomopatologia  ( ) Exumação de corpos  ( ) Estábulos e cavalariças  ( ) Resíduos de animais deteriorados  ( ) Bactérias  ( ) Fungos  ( ) Vírus  ( ) Outros. Especifique: |
| **Assinale a frequência de exposição aos fatores de riscos mencionados acima durante a jornada de trabalho:** |
| ( ) Exposição Eventual, Ocasional ou Esporádica (tempo inferior à metade da jornada de trabalho mensal)  ( ) Exposição Habitual (tempo igual ou superior à metade da jornada de trabalho mensal)  ( ) Exposição Permanente (constante, durante toda a jornada de trabalho) |

|  |
| --- |
| **ATIVIDADES E OPERAÇÕES PERIGOSAS** |
| Informe se durante sua jornada de trabalho são realizadas atividades e operações perigosas mencionadas abaixo: |
| ( ) Explosivos  ( ) Inflamáveis  ( ) Atividades e operações perigosas com energia elétrica  ( ) Exposição a roubos ou violência física e segurança pessoal ou patrimonial  ( ) Outros. Especifique: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ESTRATIFICAÇÃO DO TEMPO DE EXPOSIÇÃO** | |  |
| **Descrição da carga horária de trabalho** | **Nº Total de Horas Semanal** | |
| Carga horária de trabalho **sem envolver exposição** a agentes de risco |  | |
| Carga horária de trabalho que **envolva contato com algum agente de risco físico, químico ou biológico** |  | |
| **Somatório da carga horária de trabalho semanal** |  | |

|  |
| --- |
| Lâmpada**Se professor**  **Anexar:** comprovante do componente curricular ministrado no semestre, conforme registro no sistema acadêmico, e grade de horário das disciplinas no semestre |

|  |
| --- |
| 1. Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e declaro estar ciente das penalidades cabíveis (previstas no art. 229 do Código Penal Brasileiro, combinado com o art. 121, Capítulo IV da Lei nº 8.112, de 11/12/1990, publicada no DOU de 12/12/1990) nos casos de inserção de declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita neste formulário, com o fim de criar obrigação ou alterar a verdade.  2. Declaro estar ciente de que as informações contidas neste formulário são passíveis de verificação.  3. Declaro estar ciente de que este formulário não é, por si só, instrumento de concessão de adicional ou de gratificação ocupacional.  4. Declaro ter ciência de que na hipótese de remoção para outro local de trabalho ou quando cessado os riscos nocivos à saúde haverá suspensão do adicional ou gratificação percebida, conforme regulamentado pela legislação pertinente.  5. Declaro, por fim, que tenho ciência de que, no caso de servidora, há obrigatoriedade de comunicação de início de gestação à chefia imediata.  Local e Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Assinatura do Servidor(a)* |

|  |
| --- |
| **PARECER, CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA CHEFIA IMEDIATA** |
| ( ) Estou ciente do pedido para análise de possível condição de insalubridade/periculosidade do(a) servidor(a). **Concordo** com a efetiva exposição aos agentes informados. Concordo com o horário/escala de trabalho informado pelo(a) servidor(a) e efetiva permanência do mesmo aos tempos informados de exposição aos agentes. Assumo responsabilidade por informar à Superintendência de Recursos Humanos, desta Universidade, qualquer condição que possa alterar os riscos a que o servidor está exposto, de acordo com o artigo 16 da Instrução Normativa SGP/SEGGG/ME nº 15, de 16 de março de 2022.  ( ) Estou ciente do pedido para análise de possível condição de insalubridade/periculosidade. Porém, **não estou de acordo**, discordando do pedido no que se refere à:  Local e Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Assinatura do Chefia Imediata* |

Em caso de discordância, descrever os motivos após o campo assinalado.