



**ADICIONAL DE INSALUBRIDADE, PERICULOSIDADE, IRRADIAÇÃO IONIZANTE / GRATIFICAÇÃO POR TRABALHOS COM RAIOS X**  
(Orientação Normativa SEGEP/MPOG nº 04/2017, Portaria MTE nº 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. 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 a UFPI), deverá identificar cada posto de trabalho, bem como aqueles onde ocorrem as AULAS TEÓRICAS. Faz-se necessário que sejam relacionados os respectivos riscos e tempos de exposição.
3. As declarações feitas nesse 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. Ao final deste formulário há uma relação de legislações relevantes acerca do assunto.

INSALUBRIDADE	IRRADIAÇÃO IONIZANTE
PERICULOSIDADE	GRATIFICAÇÃO POR TRABALHOS COM RAIOS-X OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS

**INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO SERVIDOR (A)**

Nome Completo:			
Cargo/Função:			
Matricula SIAPE		CPF	
Telefone Institucional com DDD		E-mail institucional	
Telefone Celular com DDD		E-mail pessoal	
Informe se Exerce Função de Chefia ou Direção	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Especifique:	
Tempo Total do Regime de Trabalho destinado a exercer atividades administrativas da função ou cargo de chefia			
Jornada Semanal de Trabalho do Servidor			
<input type="checkbox"/> 20 horas	<input type="checkbox"/> 30 horas	<input type="checkbox"/> 40 horas	<input type="checkbox"/> D.E. <input type="checkbox"/> Outro. Especifique:
em caso de servidor professor do magistério superior (dedicação exclusiva) serão consideradas para avaliação somente 40 horas semanais			

**DESCREVER UM BREVE RELATO SOBRE TIPO OU NATUREZA DO TRABALHO REALIZADO:**

--

**INFORMAÇÕES RELACIONADAS À UNIDADE DE LOTAÇÃO DO REQUERENTE**

Unidade de Lotação:			
Setor:			
Unidade de Lotação:			
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE DE LOTAÇÃO DO REQUERENTE</b>			
Campus:			
Logradouro:		Numero	
Bairro:		CEP:	
Cidade:		UF:	

**INFORMAÇÕES RELACIONADAS À CHEFIA IMEDIATA**

Nome Completo:			
Matricula SIAPE		CPF	

.....  
Rubrica do(a) Servidor(a)

.....  
Rubrica da Chefia Imediata



**Observação:** É obrigatório o fornecimento das informações solicitadas a seguir sobre atividades exercidas em condições de Insalubridade ou de Periculosidade para fins de requerimento do adicional.

**Esclarecimento:** Para efeito de caracterização de atividade insalubre são considerados "Riscos Ambientais", de acordo com as Normas Regulamentadoras da Portaria Nº 3.214/78 do MTE, os seguintes agentes nocivos para a saúde:

- ➔ **Risco Físico:** ruído, vibração, temperaturas extremas, raios-X ou substâncias radioativas, umidade, radiação não ionizante.
- ➔ **Risco Químico:** névoas, vapores, neblinas, gases, substâncias químicas, tóxicas ou compostos químicos de natureza tóxica.
- ➔ **Risco Biológico:** contaminação por vírus e bactérias.

**Observação:** Na análise pericial para a caracterização de condição insalubre ou perigosa, será considerado apenas o agente nocivo de risco ambiental que tenha pertinência direta com o cargo/emprego do servidor e represente, portanto, a condição ensejadora que possa justificar a recomendação de adicional (Parágrafo 4º, Art. 10º da ON 04/2017).

#### 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:

(caso necessário anexar documentos comprobatórios e/ou declaração de carga-horária exercida no setor ou função)

- |                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Calor     | <input type="checkbox"/> Ruído Elevado                         | <input type="checkbox"/> Raio-x  |
| <input type="checkbox"/> Frio      | <input type="checkbox"/> Ruído de Impacto                      | <input type="checkbox"/> Radiação não ionizante do tipo Laser, microondas ou ultravioleta          |
| <input type="checkbox"/> Umidade   | <input type="checkbox"/> Atividades sob condições hiperbáricas | <input type="checkbox"/> Radiação ionizante, ativ. Perigosa com Rad. Ionizante ou Subs. Radioativa |
| <input type="checkbox"/> Vibrações | <input type="checkbox"/> Outros, especifique:                  |  |

#### OUTRAS INFORMAÇÕES RELEACIONADA AO RISCO FÍSICO A QUAL O SERVIDOR É EXPOSTO

**02.** Assinale os tipos de **Riscos Químicos** que durante o trabalho executado, por força da atribuição legal do cargo, ocorre contato ou exposição às substâncias químicas, abaixo mencionados:

(especificar no espaço reservado os nomes das substâncias químicas, caso necessário anexar documentos comprobatórios e/ou declaração de carga-horária exercida no setor ou função)

- |   |                                   |  |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Gases Tóxicos    | <input type="checkbox"/> Vapores  | <input type="checkbox"/> Fumos Metálicos                             |
| <input type="checkbox"/> Poeiras Minerais | <input type="checkbox"/> Neblinas | <input type="checkbox"/> Manuseio de Produtos Químicos. Especifique: |

**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:

(caso necessário anexar documentos comprobatórios e/ou declaração de carga-horária exercida no setor ou função)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estabelecimento destinado aos Cuidados da Saúde Humana      | <input type="checkbox"/> Bactérias                     |
| <input type="checkbox"/> Estabelecimento para atendimento e Tratamento de Animais    | <input type="checkbox"/> Fungos                        |
| <input type="checkbox"/> Laboratórios de Análise Clínica e Histoanatomopatologia     | <input type="checkbox"/> Vírus                         |
| <input type="checkbox"/> Laboratórios p/ preparo de soro, vacina e outros produtos   | <input type="checkbox"/> Resíduos. Especifique o tipo. |
| <input type="checkbox"/> Paciente em Isolamento por Doença Infecto-contagiosas       | <input type="checkbox"/> Exumação de Corpos            |
| <input type="checkbox"/> Gabinetes de Autopsias, de anatomia e Histoanatomopatologia | <input type="checkbox"/> Outros, especifique           |

.....  
Rubrica do(a) Servidor(a)

.....  
Rubrica da Chefia Imediata



**OUTRAS INFORMAÇÕES RELEACIONADA AO RISCO BIOLÓGICO A QUAL O SERVIDOR É EXPOSTO**

**Assinale a frequência da exposição aos fatores de riscos anteriormente informados, durante a jornada de trabalho:**

- Ocorre uma Exposição Eventual, Ocasional ou Esporádica (Tempo Inferior à Metade da Jornada de Trabalho Mensal)  
 Ocorre uma Exposição Habitual (Tempo Igual ou Superior à Metade da Jornada de Trabalho Mensal)  
 Ocorre uma 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 em Circunstancias Perigosas, em Contato Direto com Explosivos, Inflamáveis, Violências Física, Eletricidade, Motocicleta, Radiação Ionizante ou Substancias Radioativas

- Não  Sim. Especifique, nos próximos itens o ambiente, a forma de contato e o tempo de exposição semana para cada atividade e operação.

**01 - ATIVIDADES E OPERAÇÕES PERIGOSAS COM EXPLOSIVOS**

- Alta Tensão  Ativ. Op. Perigosas com Energia Elétrica  Ativ. Op. Perigosas com Rad. Ionizantes ou Subs. Radioativas  
 Explosivos  Ativ. Op. Perigosas com Explosivos  Outros. Especifique:  
  
 Inflamáveis  Ativ. Op. Perigosas com Inflamáveis  
 Violência Física  Ativ. Op. Perigosas com Exp. a Roubos ou outras Espécies de Violência.

Ambiente(s) de Exposição

Forma de Contato

Tempo de Exposição Semanal

**OUTRAS INFORMAÇÕES RELEACIONADA A ATIVIDADE / OPERAÇÃO PERIGOSA A QUAL O SERVIDOR É EXPOSTO**

**Esclareça qualquer condição de trabalho ou atividade praticada que seja diferente das condições mencionadas anteriormente.**

**Assinale a frequência da exposição aos fatores de riscos anteriormente informados, durante a jornada de trabalho:**

- Ocorre uma Exposição Eventual, Ocasional ou Esporádica (Tempo Inferior à Metade da Jornada de Trabalho Mensal)  
 Ocorre uma Exposição Habitual (Tempo Igual ou Superior à Metade da Jornada de Trabalho Mensal)  
 Ocorre uma Exposição Permanente (Constante, durante toda a Jornada de Trabalho)

**EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA E PROTEÇÃO INDIVIDUAL**

**EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA**

.....  
Rubrica do(a) Servidor(a)

.....  
Rubrica da Chefia Imediata



Informe se em seu Ambiente de Trabalho Existem Proteções Coletivas Disponíveis para a Realização das Atividades que Envolvem Riscos

Não  Sim

Existentes:  Exaustor  Capela  Chuveiro Lava Olhos  Extintores

Outros:

#### EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Informe se em seu Ambiente de Trabalho Existem Equipamentos de Proteção Individual Disponíveis para a Realização das Atividades que Envolvem Riscos

Não  Sim

Existentes:  Luvas  Óculos  Máscara  Abafador de Ruído

Outros:

#### Estratificação do Tempo de Exposição (apenas para docentes)

Descrição da carga horária mensal das atividades executadas durante a jornada de trabalho	Nº Total de Horas Mensais
Carga horária de <b>trabalho sem envolver exposição</b> a agentes de risco (aulas teóricas, atendimentos a discentes, atividades administrativas/extensão, planejamento de aulas);	
Carga horária de <b>trabalho ou de atividade prática envolvendo contato</b> com agente de <b>risco físico</b> ;	
Carga horária de <b>trabalho ou de atividade prática envolvendo contato</b> com agente de <b>risco químico</b> ;	
Carga horária de <b>trabalho ou de atividade prática envolvendo contato</b> com agente de <b>risco biológico</b> ;	
Carga horária de <b>trabalho ou de atividade prática</b> envolvendo, <b>simultaneamente</b> , exposição a agente de risco <b>químico, físico</b> e/ou agente de risco <b>biológico</b> (Ex Lab. de Anatomia; Análises Bioquímicas);	
Carga horária de <b>trabalho com exposição a Raios-X ou substâncias radioativas</b> ;	
Carga horária envolvendo <b>trabalho ou atividades com alta tensão</b> ;	
<b>Outros casos</b> - favor especificar a carga horária correspondente e justificar <b>abaixo</b> ;	
<b>Somatório da carga horária</b> de trabalho mensal.	

**Se professor**, informar o título das disciplinas lecionadas que envolvem práticas laboratoriais onde **ocorre o contato e exposição com agentes nocivos de risco para a saúde, bem como o número de aulas** práticas lecionadas, com a correspondente carga horária. Informar ainda se desenvolve trabalho de pesquisa e extensão devidamente registrada nos Centros com sua respectiva carga horária mensal.

**Anexar:** (comprovante do componente curricular ministrado no semestre conforme registro no sistema acadêmico e o Plano Individual de Trabalho - PIT do semestre vigente).

.....  
Rubrica do(a) Servidor(a)

.....  
Rubrica da Chefia Imediata



**PARECER, CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA CHEFIA IMEDIATA**

Estou ciente do pedido para análise de possível condição de insalubridade/periculosidade do servidor. Concordo com a efetiva exposição aos agentes informados. Concordo com o horário/escala de trabalho informado pelo servidor e efetiva permanência do mesmo aos tempos informados de exposição aos agentes. Assumo responsabilidade por informar a 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 Orientação Normativa nº 04 do MPOG, de 14 de Fevereiro de 2017.

Estou ciente do pedido para análise de possível condição de insalubridade/periculosidade do servidor, contudo há discordância no que se refere a:

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Assinatura da Chefia Imediata*

**LEGALIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE REQUERIMENTO**

As informações prestadas neste formulário são sujeitas as penalidades previstas na Lei 8.112/90, incluindo o disposto no Título IV da Lei 8.112, de 11/12/1990, bem como, o disposto nos artigos:

**Art. 9º** do Decreto nº97.458, de 15/01/1989 - Incorrem em responsabilidade administrativa, civil e penal os peritos e dirigentes que concederem ou autorizarem o pagamento dos adicionais em desacordo com este Decreto.

**Art. 17º** da ON SEGEP/MPOG nº 4/2017 - Respondem nas esferas administrativa, civil e penal, os peritos e dirigentes que concederem ou autorizarem o pagamento dos adicionais em desacordo com a legislação vigente.

**Art. 299** do Decreto-Lei nº 2.848/1940 (Código Penal) - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

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 8112, de 11/12/1990, publicada no DOU de

.....  
Rubrica do(a) Servidor(a)

.....  
Rubrica da Chefia Imediata



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. Declaro estar ciente de que as informações contidas neste formulário são passíveis de verificação. Declaro estar ciente de que este formulário não é, por si só, instrumento de concessão de adicional ou de gratificação ocupacional. 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 regulamento pela legislação pertinente. 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)

### LEGISLAÇÃO

#### INSALUBRIDADE

##### RISCOS FÍSICOS

**NR 15 (Anexo 1):** Ruído contínuo ou intermitente acima de 85dB(A), com exposição máxima permitida de até 8 horas diárias;

**NR 15 (Anexo 2):** Ruído de Impacto (aquele que apresenta picos de energia acústica de duração inferior a 1s a intervalos superiores a 1s);

**NR 15 (Anexo 3):** Calor (exposição ao calor avaliada através do Índice de Bulbo Úmido Termômetro de Globo (IBUTG) em ambientes internos ou externos sem carga solar, ou com IBUTG acima do máximo em função das atividades desempenhadas (metabolismo);

**NR 15 (Anexo 5):** Radiações Ionizantes, conforme Normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e Orientação Normativa SRH Nº 6

**NR 15 (Anexo 6):** Trabalho sob Pressões Hiperbáricas (trabalhos sob ar comprimido e trabalhos submersos);

**NR 15 (Anexo 7):** Radiações não ionizantes (micro-ondas, ultravioletas e laser);

**NR 15 (Anexo 8):** Vibrações localizadas ou de corpo inteiro;

**NR 25 (Anexo 9):** Frio (atividades ou operações executadas no interior de câmaras frigoríficas ou locais em condições similares);

**NR 15 (Anexo 10):** Umidade (locais alagados ou encharcados, com umidade excessiva).

##### RISCOS QUÍMICOS

**NR 15 (Anexo 11):** Agentes Químicos por limite de tolerância;

**NR 15 (Anexo 12):** Agentes Químicos por limite de tolerância para poeiras minerais;

**NR 15 (Anexo 13):** Agentes Químicos (em decorrência de inspeção realizada no local de trabalho);

**NR 15 (Anexo 13-A):** Agentes Químicos por exposição ocupacional ao benzeno.

##### RISCOS BIOLÓGICOS

**NR 15 (Anexo 14):** Trabalho ou operações em contato permanente.

#### PERICULOSIDADE

**NR 16 (Anexo 1):** Atividades e operações perigosas com explosivos;

**NR 16 (Anexo 2):** Atividades e operações perigosas com inflamáveis;

**NR 16 (Anexo 3):** Atividades e operações perigosas com exposição a roubos ou outras espécies de violência física nas

.....  
Rubrica do(a) Servidor(a)

.....  
Rubrica da Chefia Imediata



atividades profissionais de segurança pessoal ou patrimonial;

**NR 16 (Anexo 4):** Atividades e operações perigosas com energia elétrica;

**NR 16 (Anexo 5):** Atividades perigosas em motocicleta;

**NR 16 (Anexo \*):** Atividades e operações perigosas com radiações ionizantes ou substâncias radioativas.

Orientação Normativa Nº 04, de 14/02/2017: Estabelece orientação sobre a concessão dos adicionais ocupacionais de insalubridade, periculosidade, irradiação ionizante e gratificação por trabalhos com raios-x ou substâncias radioativas, e dá outras providências.

#### **D U V I D A S   E   I N F O R M A Ç Õ E S**

Quaisquer dúvidas ou informações quanto ao preenchimento deste requerimento, favor encaminhar mensagem para o e-mail da PROGEP – Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas, desta Universidade: **[progepufdpar@ufpi.edu.br](mailto:progepufdpar@ufpi.edu.br)**