Ilmo (a). Pró-Reitor (a) de Gestão de Pessoal da UFRB,

O servidor abaixo especificado vem requerer, nos termos dos Artigos 68, 69 e 70 da Lei 8.112/90, a CONCESSÃO DO ADICIONAL a seguir indicado, conforme atividades descritas no Formulário em anexo e em atenção ao estipulado na Orientação Normativa SRH/MPOG Nº 04/2017.

[ ] INSALUBRIDADE/PERICULOSIDADE [ ] IRRADIAÇÃO IONIZANTE

[ ] POR TRABALHO COM RAIOS-X OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS

**Declara, ainda,** que a presente declaração é verdadeira, haja vista que constitui crime, previsto no Código Penal, prestar declaração falsa com a finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:**  | **Cargo:**  |
| **Lotação:**  |
| **Cargo Comissionado:** **[ ] CD** **[ ] FG** | **Denominação:**  |
| **Matrícula SIAPE:**  |
| **Fone:**  |
| **E-mail:**  |
| **Regime de Trabalho (h/sem.):** **Data de Exercício:**  |
| **Data de Preenchimento:**  |

**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 substancias 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**

**01** Assinale se durante o trabalho executado ocorre a sua exposição aos fatores de **riscos físicos**, abaixo mencionados:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Ruído elevado | [ ]  Vibração | [ ]  Temperaturas extremas (Calor ou Frio) |
| [ ] Raios-X ou Substâncias radioativas | [ ]  Radiação Ionizante | [ ]  Radiação não ionizante do tipo laser, microondas ou ultravioleta. |

**02** Assinale os tipos de **produtos químicos** que são manipulados por você durante as atividades de trabalho:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Ácido sulfúrico  | [ ]  Ácido acético  | [ ]  Ácido bromídrico | [ ]  Ácido oxálico |
| [ ]  Ácido clorídrico | [ ]  Ácido nítrico | [ ]  Ácido pícrico | [ ]  Clorofórmio |
| [ ]  Ácido fosfórico | [ ]  Ácido fluorídrico  | [ ]  Ácido fórmico | [ ]  Éter |
| [ ]  Amônia | [ ]  Formaldeído  | [ ]  Xilol | [ ]  Tolueno |
| [ ]  Acetona | [ ]  Solventes | [ ]  Hidrocarbonetos aromáticos | [ ]  Outros produtos químicos (favor anexar relação) |
| [ ]  Nenhum dos produtos acima |  |  |  |

**03** Assinale os tipos de **riscos biológicos** com os quais você tem contato ou exposição durante as atividades de trabalho:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Contato com pacientes em isolamento por doenças infectocontagiosas, bem como objetos de seu uso, não previamente esterilizados. | [ ]  Contato com: carnes, glândulas, vísceras, sangue, ossos, couros, pelos e dejeções de animais portadores das doenças infectocontagiosas: carbunculose, brucelose, tuberculose e aquelas decorrentes da exposição aos príons.* Não se aplica aos casos de trabalho de laboratório e de pesquisa com os agentes infecciosos causadoras das patologias mencionadas.
 |
| [ ]  Trabalho em esgotos (galerias e tanques)  | [ ]  Trabalho com resíduos urbanos, industriais e hospitalares |
| [ ]  Trabalhos e operações com contato permanente com pacientes ou com material infectocontagiante, em hospitais, serviços de emergência, enfermarias, ambulatórios, posto de vacinação e outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana (aplica-se unicamente ao pessoal que tenha contato com os pacientes, não previamente esterelizados). | [ ]  Trabalho técnico em laboratórios de análise clínica e histopatologia. (Manipulação de material biológico). |
| [ ]  Exumação de corpos em cemitérios. | [ ]  Trabalho em gabinetes de autópsias, de anatomia e histoanatomopatologia. (Manipulação de material biológico). |
| [ ]  Contato com animais em hospitais, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinado ao atendimento e tratamento de animais. (Manipulação de Animais). | [ ]  Contato com animais destinado ao preparo de soro, vacinas e outros produtos em laboratórios. |
| [ ]  Trabalho em estábulos e cavalariças. | [ ]  Contato com resíduos de animais deteriorados. |

**04** Com que frequência ocorre exposição aos fatores de risco assinalados nos itens 2 e 3, 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).

**05** Mencionar se existem Equipamentos de Proteção Coletivos/EPC’s e/ou EPI’s - Equipamentos de Proteção Individual, disponíveis para a realização das atividades de risco. Se necessário utilize folhas adicionais.

**06** Informar o nome do local de trabalho ou ambiente (laboratório, clínica, enfermaria, oficina, estábulo, etc.) onde é realizada a atividade que envolve o contato com risco nocivo para a saúde, e esclarecer como ocorre a forma de contato ou exposição com o agente de risco, que possa vir a justificar a condição de insalubridade ou periculosidade, irradiação ionizante e gratificação por trabalho com raios-X ou substâncias radioativas.

**07** Explicitar qual é o agente de risco ambiental que é motivador ou preponderante, durante o trabalho realizado, que possa ensejar a caracterização da condição de insalubridade ou periculosidade (Parágrafo 4º, do Art. 10, da ON 04/2017).

**INDICAÇÃO DA CARGA HORÁRIA**

|  |
| --- |
| **08 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, semanalmente, 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)      |

|  |
| --- |
| **09** Considerando que, para ser caracterizada uma condição insalubre ou perigosa, é necessário que o tempo de exposição ao principal agente de risco seja igual ou superior à metade da jornada de trabalho, solicitamos explicitar qual é a carga horária semanal de exposição em que ocorre o contato com o(s) agente(s) nocivo(s) indicado(s) no item 7. Fazer uma justificativa da resposta.      |

|  |
| --- |
| **10** Descrição da carga horária semanal das atividades executadas durante a jornada de trabalhoAtividades Fora do Ambiente Insalubre ou Perigoso |
| **Dia da Semana** | **Tempo em Sala de Aula** | **Tempo dedicado a atividades de chefia e/ou coordenação** | **Tempo dedicado a participação em Reuniões ou outras atividades Administrativas** |
| Segunda-feira |       |       |       |
| Terça-feira |       |       |       |
| Quarta-feira |       |       |       |
| Quinta-feira |       |       |       |
| Sexta-feira |       |       |       |
| Sábado |       |       |       |

**Preencher o quadro nº 11, para cada local de exposição aos riscos.**

|  |
| --- |
| **11** - Descrição da carga horária semanal das atividades executadas durante a jornada de trabalho - Atividades no Ambiente Insalubre ou Perigoso |
| **Indicar Local, conforme item 06 da Indicação dos Riscos:**       |
| **Dia da Semana** | **Carga Horária em atividades práticas com exposição a Raio-X ou substâncias radioativas** | **Carga Horária em atividades práticas com o agente de risco físico.** | **Carga Horária em atividades práticas com o agente de risco químico.** | **Carga Horária em atividades práticas com o agente de risco biológico.** | **Carga Horária em atividades práticas com o agente de risco químico e biológico (simultâneo).** | **Total de****Horas** |
| Segunda-feira |       |       |       |       |       |       |
| Terça-feira |       |       |       |       |       |       |
| Quarta-feira |       |       |       |       |       |       |
| Quinta-feira |       |       |       |       |       |       |
| Sexta-feira |       |       |       |       |       |       |
| Sábado |       |       |       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **11** - Descrição da carga horária semanal das atividades executadas durante a jornada de trabalho - Atividades no Ambiente Insalubre ou Perigoso |
| **Indicar Local, conforme item 06 da Indicação dos Riscos:**       |
| **Dia da Semana** | **Carga Horária em atividades práticas com exposição a Raio-X ou substâncias radioativas** | **Carga Horária em atividades práticas com o agente de risco físico.** | **Carga Horária em atividades práticas com o agente de risco químico.** | **Carga Horária em atividades práticas com o agente de risco biológico.** | **Carga Horária em atividades práticas com o agente de risco químico e biológico (simultâneo).** | **Total de****Horas** |
| Segunda-feira |       |       |       |       |       |       |
| Terça-feira |       |       |       |       |       |       |
| Quarta-feira |       |       |       |       |       |       |
| Quinta-feira |       |       |       |       |       |       |
| Sexta-feira |       |       |       |       |       |       |
| Sábado |       |       |       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **11** - Descrição da carga horária semanal das atividades executadas durante a jornada de trabalho - Atividades no Ambiente Insalubre ou Perigoso |
| **Indicar Local, conforme item 06 da Indicação dos Riscos:**       |
| **Dia da Semana** | **Carga Horária em atividades práticas com exposição a Raio-X ou substâncias radioativas** | **Carga Horária em atividades práticas com o agente de risco físico.** | **Carga Horária em atividades práticas com o agente de risco químico.** | **Carga Horária em atividades práticas com o agente de risco biológico.** | **Carga Horária em atividades práticas com o agente de risco químico e biológico (simultâneo).** | **Total de****Horas** |
| Segunda-feira |       |       |       |       |       |       |
| Terça-feira |       |       |       |       |       |       |
| Quarta-feira |       |       |       |       |       |       |
| Quinta-feira |       |       |       |       |       |       |
| Sexta-feira |       |       |       |       |       |       |
| Sábado |       |       |       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **12** - Somatório da Carga Horária Indicada nos itens 10 e 11. |
| **Dia da Semana** | **Total de Horas** |
| Segunda-feira |       |
| Terça-feira |       |
| Quarta-feira |       |
| Quinta-feira |       |
| Sexta-feira |       |
| Sábado |       |

Declaro que são verdadeiras as informações prestadas **neste formulário e que** assumo inteira responsabilidade por essas, como signatário deste documento, nos termos do Art.299, do Código Penal/Falsidade Ideológica.

Cruz das Almas,       /       /      .

**ANÁLISE TÉCNICA**

**(Para uso da PROGEP)**

**13 -** O local indicado pelo servidor para a prática das atividades consta no laudo ambiental da UFRB?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Sim | [ ]  Não (Encaminhar para emissão do laudo) |  |

**14 -** O servidor tem Função Gratificada ou Exerce Cargo de Direção?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Sim (Encaminhar para emissão do laudo individual) | [ ]  Não  |  |

**15 - A** quantidade de horas trabalhadas em locais insalubres ou perigosos indicam:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Atividade de Risco Permanente100% da carga horária | [ ]  Atividade de Risco Habitual= ou > que 50% da carga horária | [ ]  Atividade de Risco Esporádico ou Eventual< que 50% da carga horária |

**16 - A** solicitação do servidor atende os requisitos para a concessão do Adicional solicitado?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Sim | [ ]  Não  |  |

**17 - Qual**?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Insalubridade | [ ]  Periculosidade | [ ]  Irradiação Ionizante |

**18 -** Tipo do Risco de Insalubridade:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Químico | [ ]  Físico | [ ]  Biológico |

**19 -** Grau:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Mínimo 5% | [ ]  Médio 10% | [ ]  Máximo 20% |

**20 -** Solicito encaminhamento para complementação com análise técnica da área de segurança quanto ao item abaixo descrito (se for o caso):

**Observação: formulário exclusivo para encaminhamento via SIGRH.**