MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas - PROGEPE
Centro Integrado de Assistência ao Servidor - CIAS
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. Alfenas/MG. CEP 37130-000

ADICIONAL DE INSALUBRIDADE, PERICULOSIDADE, IRRADIAÇÃO IONIZANTE / GRATIFICAÇÃO POR TRABALHOS COM RAIO X

(Orientação Normativa SEGEP/MPOG nº 04/2017, Portaria MTE nº 3.214/78 e Normas Regulamentadoras 15 e 16)

VERSÃO 2018.1

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 UNIFAL), 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. O campo 1 (página 2) desse formulário será preenchido somente pelo servidor que é professor, demais campos serão preenchidos por todos.
4. 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.
5. Para fins de controles internos, faz-se necessária a comprovação das atividades relacionadas, específicas conforme a situação individual de cada servidor.
6. Recomenda-se a leitura da **Orientação Normativa SEGEP/MPOG Nº 04/2017** para o preenchimento deste formulário.
7. Ao final deste formulário há uma relação de legislações relevantes acerca do assunto.
8. Formato da Hora para o preenchimento do formulário é HH:MM (Ex: 20:00)

☐ Primeira solicitação
☐ Movimentação / Alteração de local de trabalho
☐ Outro motivo. Especifique:
☐ Retorno às atividades de riscos após período de afastamento
☐ Suspensão do adicional

INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO SERVIDOR (A)

NOME COMPLETO	
CARGO	NOME DA CHEFIA IMEDIATA
MATRÍCULA SIAPE CPF	SEXO ☐ Feminino ☐ Masculino

INFORME SE EXERCE FUNÇÃO DE CHEFIA OU DIREÇÃO

☐ Não ☐ Sim. Especifique:

TEMPO TOTAL DO REGIME DE TRABALHO DESTINADO A EXERCER ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS DA FUNÇÃO OU CARGO DE CHEFIA	00:00 (HORAS SEMANAIS)

JORNADA SEMANAL DE TRABALHO DO SERVIDOR - EM CASO DE SERVIDOR PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR (DEDICAÇÃO EXCLUSIVA) SERÃO CONSIDERADAS PARA AVALIAÇÃO SOMENTE 40 HORAS SEMANAIS

☐ 20 horas ☐ 30 horas ☐ 40 horas ☐ D.E. ☐ Outro. Especifique:

ÓRGÃO DE LOTAÇÃO / UNIDADE / DEPARTAMENTO

LOCAL(IS) EFETIVO(S) DE EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES (AMBULATÓRIO, LABORATÓRIO, SALA DE AULA, REFEITÓRIO, COZINHA, SETOR DE MANUTENÇÃO PREDIAL, ETC.)

TELEFONE INSTITUCIONAL COM DDD	E-MAIL INSTITUCIONAL
TELEFONE CELULAR COM DDD	E-MAIL PESSOAL

INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO AMBIENTE DE TRABALHO E ÀS ATIVIDADES DESEMPENHADAS

1. EXTRATIFICAÇÃO DO TEMPO DE EXPOSIÇÃO (SOMENTE PARA PROFESSORES)

Semestre atual: /

Conforme os Planos de Ensino do **semestre atual**, e Relatório de Atividades Docente, preencha o quadro abaixo informando os dias nos quais ocorrerão as aulas práticas e a carga horária das referidas aulas práticas.

Obs: Cópia dos Planos de Ensino do semestre atual deverão ser anexados

DISCIPLINA	CÓDIGO DA DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA SEMESTRAL		CARGA HORÁRIA TOTAL SEMESTRE	DATAS DE TODAS AS AULAS **PRÁTICAS** DO SEMESTRE, POR DISCIPLINA	LOCAL (IS) DAS AULAS **PRÁTICAS**
		TEÓRICA	PRÁTICA			
		00:00	00:00	00:00		
		00:00	00:00	00:00		
		00:00	00:00	00:00		
		00:00	00:00	00:00		

Semestre atual: /

Conforme os Projeto Pesquisa/Extensão **atuais**, preencha o quadro abaixo informando os dias da semana nos quais ocorrerão as atividades de pesquisa/extensão.

PROJETO PESQUISA/EXTENSÃO	DIAS DA SEMANA E HORÁRIO DAS ATIVIDADES DE PESQUISA/EXTENSÃO	CARGA HORÁRIA TOTAL MENSAL	LOCAL (IS) DAS ATIVIDADES DE **PESQUISA/EXTENSÃO.**
		00:00	
		00:00	
		00:00	
		00:00	

Agora, informe abaixo o resumo das **atividades docentes** que você executa semanalmente, quantificando a **carga horária semanal total**, conforme sua jornada de trabalho semanal e conforme informado em seu Plano de Ensino e Relatório de Atividades Docente (semestral).

ATIVIDADES DOCENTES	HORAS SEMANAIS
1. Carga horária de ensino **sem exposição** a agentes de riscos físicos, químicos e biológicos.	00:00
2. Carga horária de pesquisa e/ou extensão **sem exposição** a agentes de riscos físicos, químicos e biológicos.	00:00
3. Atividades administrativas (gestão, coordenação, etc), **sem exposição** a agentes de riscos físicos, químicos e biológicos.	00:00
4. Carga horária de ensino **com exposição a agentes de riscos físicos**.	00:00
5. Carga horária de ensino **com exposição a agentes de riscos químicos.**	00:00
6.Carga horária de ensino **com exposição a agentes de riscos biológicos.**	00:00

7. Carga horária de pesquisa e/ou extensão **com exposição a agentes de riscos físicos.**	00:00
8. Carga horária de pesquisa e/ou extensão **com exposição a agentes de riscos químicos.**	00:00
9. Carga horária de pesquisa e/ou extensão **com exposição a agentes de riscos biológicos.**	00:00
10. Outras atividades	00:00
Total de horas da jornada semanal de trabalho	00:00

Observações (detalhar se houver simultaneidade durante as atividades com exposição aos agentes de riscos físicos, químicos e biológicos)**:**

Detalhar e anexar documentação comprobatória das atividades desenvolvidas nos projetos de pesquisas e extensão.

2. AMBIENTE/POSTO DE TRABALHO

AMBIENTE	
A	
B	
C	
D	
E	
F	

DIA DA SEMANA	AMBIENTE / HORÁRIO(S) DE ATIVIDADES					
	A	B	C	D	E	F
Segunda-feira	00:00 - 00:00	-	-	-	-	-
Terça-feira	-	-	-	-	-	-
Quarta-feira	-	-	-	-	-	-
Quinta-feira	-	-	-	-	-	-
Sexta-feira	-	-	-	-	-	-
Sábado	-	-	-	-	-	-

Descreva a natureza, o tipo e as principais atividades realizadas no desempenho das atribuições correspondentes ao cargo de provimento

3. AGENTES FÍSICOS

INFORME SE HÁ CONTATO COM AGENTES FÍSICOS DURANTE SUA JORNADA DE TRABALHO

☐ Não ☐ Sim, estou exposto (a) durante o meu trabalho a agentes de risco físico. Tempo de Exposição: horas semanais.

Especifique,na tabela abaixo: o **agente físico**, o **ambiente**, a **forma de contato,** a **frequência** e o **tempo de exposição semanal** para cada agente.

AGENTE FÍSICO	AMBIENTE (LOCAL DA EXPOSIÇÃO)	FORMA DE CONTATO	FREQUÊNCIA DO CONTATO	DURAÇÃO DO CONTATO (MINUTOS)
Selecionar			Selecione...	
Selecionar			Selecione...	
Selecionar			Selecione...	
Selecionar			Selecione...	
Selecionar			Selecione...	

4. AGENTES QUÍMICOS

INFORME SE HÁ CONTATO COM AGENTES QUÍMICOS DURANTE SUA JORNADA DE TRABALHO

☐ Não ☐ Sim, estou exposto (a) durante o meu trabalho a agentes de risco químico. Tempo de exposição: horas semanais

Caso tenha marcado a opção "Sim", é imprescindível preencher o **REQUERIMENETO DE INSALUBRIDADE - PARTE 2 - FICHA DE DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES LABORAIS COM PRODUTO QUÍMICO**, colocando as informações detalhadas sobre as substâncias químicas utilizadas no(s) processo(s).

5. AGENTES BIOLÓGICOS

INFORME SE HÁ CONTATO COM AGENTES BIOLÓGICOS DURANTE SUA JORNADA DE TRABALHO

☐ Não ☐ Sim, estou exposto (a) durante o meu trabalho a agentes de risco biológico. Tempo de Exposição: horas semanais

Especifique, na tabela abaixo, a **atividade**, o **ambiente,** a **frequência** e o **tempo de exposição semanal** para cada agente.

ATIVIDADES COM RISCOS BIOLÓGICOS	AMBIENTE (LOCAL DA EXPOSIÇÃO)	FREQUÊNCIA	DURAÇÃO DO CONTATO (MINUTOS)
		Selecione...	
		Selecione...	
		Selecione...	
		Selecione...	
		Selecione...	
		Selecione...	

6. ATIVIDADES E OPERAÇÕES PERIGOSAS

INFORME SE DURANTE SUA JORNADA DE TRABALHO SÃO REALIZADAS ATIVIDADES E OPERAÇÕES EM CIRCUNSTÂNCIAS PERIGOSAS, EM CONTATO DIRETO COM EXPLOSIVOS, INFLAMÁVEIS, VIOLÊNCIA FÍSICA, ELETRICIDADE, MOTOCICLETA, RADIAÇÃO IONIZANTE OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS

☐ Não ☐ Sim. Especifique, nos itens 6.1 a 6.5, o **ambiente**, a **forma de contato** e o **tempo de exposição semanal** para cada atividade e operação.

6.1. ATIVIDADES E OPERAÇÕES PERIGOSAS COM EXPLOSIVOS

☐ Não se aplica
☐ No armazenamento de explosivos
☐ No transporte de explosivos
☐ Na operação de carregamento de explosivos
☐ Na operação de manuseio de explosivos
☐ Na operação de escorva dos cartuchos de explosivos
☐ Na detonação
☐ Na verificação de detonações falhadas
☐ Na queima e destruição de explosivos deteriorados
☐ Outros. Especifique:

AMBIENTE(S) DE EXPOSIÇÃO

TEMPO DE EXPOSIÇÃO SEMANAL (EM HORAS)	QUANTIDADE DE EXPLOSIVOS AO QUAL VOCÊ FICA EXPOSTO EM SEU AMBIENTE DE TRABALHO
00:00	

6.2. ATIVIDADES E OPERAÇÕES PERIGOSAS COM INFLAMÁVEIS

☐ Não se aplica
☐ No transporte e armazenamento de inflamável líquido, em quantidade total maior ou igual a 200 litros
☐ No transporte e armazenamento de inflamáveis gasosos e líquidos, em quantidade total maior ou igual a 135 quilos
☐ Outros. Especifique:

AMBIENTE(S) DE EXPOSIÇÃO

TEMPO DE EXPOSIÇÃO SEMANAL (EM HORAS)	QUANTIDADE DE INFLAMÁVEIS AO QUAL VOCÊ FICA EXPOSTO EM SEU AMBIENTE DE TRABALHO
00:00	

6.3. ATIVIDADES E OPERAÇÕES PERIGOSAS COM EXPOSIÇÃO A ROUBOS OU OUTRAS ESPÉCIES DE VIOLÊNCIA FÍSICA NAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA PESSOAL OU PROFISSIONAL

☐ Não se aplica
☐ Vigilância patrimonial
☐ Supervisão / Fiscalização operacional
☐ Outros. Especifique:

AMBIENTE(S) DE EXPOSIÇÃO	TEMPO DE EXPOSIÇÃO SEMANAL (EM HORAS)
	00:00

6.4. ATIVIDADES E OPERAÇÕES PERIGOSAS COM ENERGIA ELÉTRICA

☐ Não se aplica
☐ Em instalações ou equipamentos elétricos energizados em alta tensão
☐ Com trabalho em proximidade, conforme estabelece a NR-10 (Segurança em Instalações e Serviços em Eletricidade)
☐ Em instalações ou equipamentos elétricos energizados em baixa tensão no Sistema Elétrico de Consumo (SEC), no caso de descumprimento do item 10.2.8 e seus subitens da NR-10
☐ Nas empresas que operam em instalações ou equipamentos integrantes do Sistema Elétrico de Potência (SEP), bem como suas contratadas, em conformidade com as atividades e respectivas áreas de risco descritas no Quadro I do Anexo 4 da NR-16
☐ Outros. Especifique:

AMBIENTE(S) DE EXPOSIÇÃO	TEMPO DE EXPOSIÇÃO SEMANAL (EM HORAS)
	00:00

6.5. ATIVIDADES E OPERAÇÕES PERIGOSAS COM RADIAÇÕES IONIZANTES OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS

Nesta situação, o servidor deverá apresentar, cumulativamente:

a) Declaração que opera direta, obrigatória e habitualmente com raios-x ou substâncias radioativas, junto às fontes de irradiação por um período de 12 (doze) horas semanais, como parte integrante das atribuições do cargo ou função exercida;

b) Comprovação de que seja portador de conhecimentos especializados de radiologia diagnóstica ou terapêutica comprovada através de diplomas ou certificados expedidos por estabelecimentos oficiais ou reconhecidos pelos órgãos de ensino competentes;

c) Designação por Portaria do Diretor do órgão onde o servidor tenha exercício para operar direta e habitualmente com raios-x ou substâncias radioativas; e

d) Comprovação de que exerça suas atividades em área controlada.

☐ Não se aplica

☐ Fontes de radiação ionizante, desde a produção, manipulação, utilização, operação, controle, fiscalização, armazenamento, processamento, transporte até a respectiva deposição e situações de emergência radiológica

☐ Outros. Especifique:

AMBIENTE(S) DE EXPOSIÇÃO	TEMPO DE EXPOSIÇÃO SEMANAL (EM HORAS)
	00:00

7. ATIVIDADES SEM CONTATO COM AGENTES FÍSICOS, QUÍMICOS OU BIOLÓGICOS

INFORME A CARGA HORÁRIA DE TRABALHO EFETIVO **SEM CONTATO** COM AGENTES FÍSICOS, QUÍMICOS OU BIOLÓGICOS (REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E/OU UTILIZANDO COMPUTADOR)

00:00

8. ATIVIDADES E OPERAÇÕES PERIGOSAS

DESCREVA SUCINTAMENTE AS ATIVIDADES INSALUBRES/PERIGOSAS/ENVOLVENDO FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE/TRABALHOS COM RAIOS-X OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS RELACIONADAS ANTERIORMENTE

9. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA

INFORME SE EM SEU AMBIENTE DE TRABALHO EXISTEM PROTEÇÕES COLETIVAS DISPONÍVEIS PARA A REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES QUE ENVOLVEM RISCOS

☐ Não ☐ Sim.

EXISTENTES: Exaustor Capela Lava Olhos Extintores

Outros:

9.1. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

INFORME SE EM SEU AMBIENTE DE TRABALHO EXISTEM EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAIS DISPONÍVEIS PARA A REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES QUE ENVOLVEM RISCOS

Não Sim.

EXISTENTES: Luvas Óculos Máscara Calçado de Segurança

Outros:

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 Pró-reitoria de Gestão de Pessoas 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 ou Rubrica e Carimbo da Chefia Imediata

CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA CHEFIA SUPERIOR
Ciente e em concordância com as informações prestadas neste requerimento. Local e Data _____ , ____/____/_____ _____ Assinatura ou Rubrica e Carimbo da Chefia Superior

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. 9° do Decreto n°97.458, 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 n° 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.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas nesse requerimento, bem como em seus anexos e demais documentos comprobatórios são verdadeiros. Assumo inteira responsabilidade pelos mesmos, como signatário deste documento, nos termos do Art. 299, do Código Penal / Falsidade ideológica, 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, sem prejuízo das sanções cíveis e administrativas.

Local e Data _____ , ____/____/_____

_____
Assinatura do(a) Servidor(a)

Para uso do CIAS

Lista de anexos
Relação de documentos anexados pelo servidor:
Anexo 1:
Anexo 2:
Anexo 3:
Anexo 4:
Anexo 5:
Anexo 6:
Anexo 7:
Anexo 8:
Anexo 9:
Anexo 10:

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 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.

Quaisquer dúvidas quanto ao preenchimento deste requerimento, favor encaminhar mensagem para o e-mail do CIAS - CENTRO INTEGRADO DE ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR (CIAS): ***cias@unifal-mg.edu.br***