

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

Orientação Normativa SEGEP/MPOG N° 04/2017, Portaria MTE N° 3.214/78 e Normas Regulamentadoras 15 e 16

I- PARA USO DO DRH	
Setor:	
UORG:	CPF da Chefia:
Data de entrada do servidor na UORG:	Data de entrada do pedido no DRH:

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
<p>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 chefia imediata.</p> <p>2. Caso o servidor desenvolva atividade em mais de um posto de trabalho, (por exemplo, professores que ministram aulas práticas em outros ambientes pertencentes à UNIFESP), deverá identificar cada posto trabalho, bem como aqueles onde ocorrem as aulas teóricas. Faz-se necessário que sejam relacionados os respectivos riscos e tempos de exposição.</p> <p>3. O CAMPO 1 desse formulário será preenchido apenas pelo servidor DOCENTE, demais campos serão preenchidos por todos.</p> <p>4. As declarações feitas nesse formulário, necessariamente, serão submetidas à comprovação por profissional competente designado para a emissão de laudo pericial por meio de avaliações qualitativas e quantitativas nos locais de trabalho a fim de validar (ou não) as informações prestadas.</p> <p>5. Para fins de controles internos, faz-se necessária a comprovação de atividades relacionadas, específicas conforme a situação individual de cada servidor.</p> <p>6. Recomenda-se a leitura da Orientação Normativa SEGEP/MPOG no. 04/2017 para o preenchimento deste formulário.</p> <p>7. Ao final deste formulário há uma relação de legislações relevantes acerca do assunto.</p> <p>8. Formato de Hora para o preenchimento do formulário é HH:MM (Ex: 20:30).</p> <p>9. Em caso de mudança de lotação, é necessário que o formulário seja preenchido novamente.</p> <p>10. Ao término de atividades insalubres e/ou perigosas, é obrigatório o preenchimento do formulário indicando a suspensão dos adicionais.</p>
<p><input type="checkbox"/> Primeira solicitação</p> <p><input type="checkbox"/> Mudança de Lotação</p> <p><input type="checkbox"/> Solicitação de Retroativo</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão</p>

II- INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO SERVIDOR

Nome Completo:

Cargo

Matrícula SIAPE:

Registro Funcional:

Informe se exerce função de chefia ou direção:

Sim

Não

Se, sim, especifique : _____

Tempo total do regime de trabalho destinado a exercer atividades administrativas da função ou cargo de chefia:
(horas semanais) _____

Jornada semanal de trabalho do servidor:

Em caso de servidor professor de magistério superior (Dedicação Exclusiva) serão consideradas para avaliação somente 40 horas semanais

20h

30h

40h / D.E

Outros:

Lotação:

Local (is) efetivo (s) de execução das atividades / endereço: _____

Telefone institucional com DDD:

E-mail institucional:

Telefone pessoal com DDD:

E-mail pessoal:

III- INFORMAÇÕES DO AMBIENTE DE TRABALHO E DAS ATIVIDADES DESEMPENHADAS (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SERVIDOR)

1. Detalhamento das Rotinas Semanais (Somente Para Docentes)	
Informe abaixo o resumo das atividades docentes que você executa semanalmente, quantificando a carga horário semanal total, conforme sua jornada de trabalho.	
Atividades Docentes	Horas Semanais
Atividades de ensino não expostas a riscos	
Atividades de ensino expostas a riscos	
Atividades de pesquisa não expostas a riscos	
Atividades de pesquisa expostas a riscos	
Assistência / Contato com pacientes	
Total de horas da jornada semanal de trabalho	

Detalhar as atividades desenvolvidas:

2. Ambiente / Posto de Trabalho	
Informe todos os postos de trabalho em que exerce suas atividades e a carga horária executada em cada posto	
Ambiente / Posto de Trabalho	Horas Semanais
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

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 fonte geradora e tipo de exposição

Agente Físico	Ambiente (local de exposição)	Fonte geradora	Tipo de exposição
Ruído			E () H () P ()
Calor			E () H () P ()
Frio			E () H () P ()
Radiação Não Ionizante			E () H () P ()
Radiação Ionizante			E () H () P ()

Orientação para preenchimento do campo “Tipo de Exposição” no formulário:

Tipo de Exposição: E-Eventual H-Habitual P-Permanente

Eventual: aquela em que o servidor se submete a circunstâncias ou condições insalubres ou perigosas, como atribuição legal do seu cargo, por tempo inferior à metade da jornada de trabalho mensal.

Habitual: aquela em que o servidor submete-se a circunstâncias ou condições insalubres ou perigosas como atribuição legal do seu cargo, por tempo igual ou superior à metade da jornada de trabalho mensal.

Permanente: aquela que é constante, durante a jornada laboral e prescrita como principal atividade do servidor.

4. Agentes Químicos

Informe se há contato com Agentes Químicos durante a sua jornada de trabalho:

Não Sim, estou exposto (a) durante o meu trabalho a agentes de risco químico.

Tempo de Exposição: _____ Horas Semanais:

Nota: Caso tenha marcado a opção SIM, é imprescindível preencher o REQUERIMENTO 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).

Tipo de Exposição (orientações na página 4): Eventual () Habitual () Permanente ()

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 biológicos, **em laboratórios de pesquisas acadêmicas e/ou biotérios.**

Descreva: _____

Sim, estou exposto(a) durante o meu trabalho a agentes de risco biológico, **em ambiente hospitalar.**

Tempo de Exposição: _____ Horas Semanais:

Tipo de Exposição (orientações na página 4): Eventual () Habitual () Permanente ()

Se a sua exposição a agentes de risco biológico for em laboratório de pesquisa acadêmica e/ou biotério, especifique na tabela abaixo o agente biológico, o ambiente, a fonte geradora e o tipo de exposição:

Agente Biológico	Ambiente (local de exposição)	Fonte geradora	Tipo de Exposição
			E () H () P ()
			E () H () P ()
			E () H () P ()
			E () H () P ()

Se a sua exposição a agentes biológicos for em ambiente hospitalar, especifique o ambiente/setor e o tipo de exposição. No caso específico de atividades na área da saúde (hospital, enfermarias, ambulatórios, centro cirúrgicos, etc.), no seu trabalho diário existe contato com pacientes e/ou fluidos provenientes destes (sangue, secreções, fluidos, peças anatômicas, dentre outras)?

SIM NÃO Se SIM, qual a frequência?: Eventual () Habitual () Permanente ()

Em caso afirmativo, são provenientes de pacientes portadores de doenças infecto contagiosas, oriundas de leitos de isolamento? SIM NÃO

6. 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 Eletricidades)

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 riscos descritas no Quadro I do Anexo 4 da NR-16.

Outros. Especifique: _____

Tipo de Exposição (orientações na página 4): Eventual () Habitual () Permanente ()

Ambiente(s) de Exposição	Tempo de Exposição Semanal (em horas)

7. Atividades e Operações Perigosas Com Radiações Ionizantes Ou Substâncias Radioativas

- Não se aplica
- Fontes de radiação ionizante (produção, manipulação, utilização, operação, controle, fiscalização, armazenamento, processamento, transporte até a respectiva deposição, situações de emergência radiológica, etc).
- Outros. Especifique: _____

Nesta situação, o servidor deverá apresentar os documentos abaixo e/ou outros que julgar necessários:

- a) Comprovação de conhecimentos de radioproteção através de diplomas ou certificados expedidos por estabelecimentos oficiais ou reconhecidos pelos órgãos de ensino competentes;
- b) Cópia da licença da CNEN onde serão desenvolvidas as atividades, quando aplicável;
- c) Resumo do projeto de pesquisa, quando aplicável;
- d) Alvará de funcionamento da instalação, quando aplicável.

Nota: Os itens “b” e “c” se aplicam somente a projetos de pesquisa.

Departamento / Setor Onde Ocorrerá a Exposição às Radiações:

Responsável Legal da Área Controlada:

E-mail do Responsável Legal da Área Controlada (*):

Área de Atividade Com Radiação

Ensino Pesquisa Assistência Outros (especifique)

Tempo de Exposição Semanal (Em Horas) :

Tipo de Radiação: Materiais radioativos/ e ou Raio-X Raio X

Detalhar as atividades desenvolvidas:

(*) Conforme definição da Norma CNEN 3.01.

III- Dados Legais da Área Controlada Onde Ocorrerá a Exposição

8. Para Uso Do Núcleo De Proteção Radiológica

Verificação da documentação CNEN e anexos

Local possui licença da CNEN

Em conformidade

Em Não conformidade (Motivo):

Assinatura do Responsável Legal da Área Controlada:

Data:

9. Equipamentos de Proteção Coletiva

Informe se em seu ambiente de trabalho existem equipamentos de proteção coletiva para a realização das atividades que envolvem riscos:

NÃO

SIM

Se SIM, marque abaixo:

Ventilação forçada

Barreiras de acrílico

Capela de exaustão química

Paredes baritadas

Cabine de segurança biológica com fluxo laminar

Paredes com revestimento interno plumbífero “chumbo”

Outros especifique:

10. Equipamentos de Proteção Individual

Informe se em seu ambiente de trabalho existem equipamentos de proteção individual para a realização das atividades

NÃO

SIM

Se SIM, marque abaixo:

Avental impermeável

Avental de Plumbífero “chumbo”

Óculos de Segurança

Máscara Respiratória com filtro

Luvas de PVC/latex

Máscara Respiratória descartável

Calçado de Segurança

Máscara N-95

Outros especifique:

11. Parecer, Ciência e Concordância da Chefia

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 definitiva permanência do mesmo aos tempos informados de exposição aos agentes. Assumo responsabilidade por informar à Pró-Reitoria de Gestão com 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 MPMGO, 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:

Nome / Carimbo: _____ CPF: _____

12. 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 no. 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 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 o fato juridicamente relevante.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas nesse requerimento, bem como 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 finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, sem prejuízo das sanções cíveis e administrativas.

Local e Data _____, ____/____/____

Assinatura do Servidor (a)

13. PARA USO DO SESMT

Deferido Insalubridade Grau Médio

Deferido Insalubridade Grau Máximo

Deferido com Periculosidade

Indeferido (Motivo):

Enquadramento:

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / _____