



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MATO GROSSO
DIRETORIA SISTÊMICA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE SAÚDE, SEGURANÇA E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

FORMULÁRIO

SOLICITAÇÃO DE ADICIONAIS - INSALUBRIDADE/PERICULOSIDADE/IRRADIAÇÃO IONIZANTE e GRATIFICAÇÃO DE RAIO-X ou SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS

Este formulário tem o **OBJETIVO GERAL** de descrever as atividades dos servidores e ambientes dos setores de trabalho para auxiliar na análise da concessão de adicional de insalubridade, periculosidade e gratificação de raio-X ou substâncias radioativas em observância a Orientação Normativa MP/SEGEP nº 04/2017.

01. Dados do(a) Servidor(a):	
Nome Completo:	
CPF:	Matrícula SIAPE:
Email:	Fone:
Campus de Exercício:	
Setor de Lotação/Exercício/Localização:	
Cargo:	Função:
Cargo de Direção ou Chefia:	
[] Não [] Sim. Qual? _____	
Jornada Semanal do Servidor:	
[] 20h [] 40 h	
Assinalar o que se aplica:	
[] Docente [] Técnico Administrativo	

02. Requerimento:	
[] Adicional de insalubridade	[] Revisão do adicional
[] Adicional de periculosidade	[] Suspensão do adicional
[] Adicional de radiação ionizante	[] Ou-
tro: _____	
[] Gratificação de raio-X ou substâncias radioativas	



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MATO GROSSO
DIRETORIA SISTÊMICA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE SAÚDE, SEGURANÇA E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Justificativa:

03. Descrever um breve relato sobre o tipo de trabalho e tarefas que são realizadas pelo solicitante:

04. Durante a jornada de trabalho ocorre **exposição habitual*** aos **AGENTES FÍSICOS** abaixo? (*Assinalar o que ocorre*).

* *Somente para servidores que trabalhem de forma habitual e ou permanente em atividades que estão estabelecidas na NR - 15*

Ruído Umidade Radiação Ionizante/ Raio – X/ Substâncias Radioativas
 Calor Vibração Radiação Não – Ionizante (laser, micro-ondas, ultravioleta)
 Frio Outros (*citar*): _____

4.1. Informar o nome do local de trabalho ou ambiente (laboratório, sala, etc.) onde são realizadas as atividades que envolvem o contato com os agentes assinalados acima, **esclarecer** como ocorre a **forma de contato ou exposição** com o agente e o número de horas da jornada de trabalho semanal que possa vir a justificar condição de insalubridade:

4.2. Estas atividades são atribuições do seu cargo efetivo?

Sim Não

4.3. Citar o EPI/EPC** ou outras medidas de controles utilizadas nestas atividades:

***Exposição habitual:** De acordo com o art.9º, inciso II da ON nº 4, de 14/02/2017 do MPOG, é 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;

****EPI/EPC:** Equipamento de Proteção Individual/Equipamento de Proteção Coletiva.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MATO GROSSO
DIRETORIA SISTÊMICA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE SAÚDE, SEGURANÇA E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

05. Durante a jornada de trabalho ocorre exposição habitual aos AGENTES QUÍMICOS?

* Somente para servidores que trabalhem de forma habitual e ou permanente em atividades que estão estabelecidas na NR – 15 em seus anexos 11, 12, 13 e 13A

Sim. (Preencher “FORMULÁRIO – AGENTES QUÍMICOS” para cada agente químico exposto, devidamente assinado pelo Servidor, Chefia Imediata e Diretor do Campus.)

Não.

06. Durante a jornada de trabalho ocorre exposição habitual* aos AGENTES BIOLÓGICOS abaixo? (Assinalar o que ocorre).

* Somente para servidores que trabalhem de forma habitual e ou permanente em atividades que estão estabelecidas no anexo 14 da NR - 15

Contato com pacientes em isolamento por doenças infectocontagiosas, bem como objetos de seu uso, não previamente esterilizados.

Contato com partes e/ou secreções de animais portadores das doenças infectocontagiosas: carbunculose, brucelose, tuberculose.

Trabalho em esgotos (galerias e tanques).

Trabalho com resíduos urbanos, industriais e hospitalares.

Trabalhos e operações com pacientes ou com material infectocontagante, em hospitais, serviços de emergência, enfermarias, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana (aplica-se unicamente ao pessoal que tenha contato com os pacientes, bem como aos que manuseiam objetos de uso desses pacientes, não previamente esterilizados).

Atividade de exumação de corpos em cemitérios.

Gabinetes de autópsias, de anatomia e histoanatomopatologia.

Contato direto animais em hospitais, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados ao atendimento e tratamento de animais.

Contato com animais destinados ao preparo de soro, vacinas e outros produtos, em laboratórios.

Trabalho em estábulos e cavalariças.

Contato com resíduos de animais deteriorados.

Outros tipos de riscos biológicos (*Citar*):

6.1. Informar o nome do local de trabalho ou ambiente (laboratório, sala, etc.) onde são realizadas as atividades que envolvem o contato com os agentes assinalados acima, esclarecer como ocorre a forma de contato ou exposição com o agente e o número de horas da jornada de trabalho semanal que possa vir a justificar condição de insalubridade:



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MATO GROSSO
DIRETORIA SISTÊMICA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE SAÚDE, SEGURANÇA E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

6.2. Estas atividades são atribuições do seu cargo efetivo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6.3. Citar o EPI/EPC** ou outras medidas de controles utilizadas nestas atividades:
07. Durante a jornada de trabalho ocorre <u>exposição habitual</u> * aos fatores de PERICULOSIDADE abaixo? (<i>Assinalar o que ocorre</i>) <small>*somente para servidores que ficam expostos a situações de perigo conforme o que estabelece a NR-16.</small>
<input type="checkbox"/> Explosivos. Quantidade: _____ <input type="checkbox"/> Eletricidade <input type="checkbox"/> Inflamáveis. Quantidade: _____ <input type="checkbox"/> Segurança pessoal ou patrimonial <input type="checkbox"/> Radiação Ionizante/Raio – X/ Substâncias Radioativas <input type="checkbox"/> Outros (<i>Citar</i>): _____
7.1. Informar o nome do local de trabalho ou ambiente (laboratório, sala, etc.) onde são realizadas as atividades que envolvem o contato com os fatores assinalados acima, <u>esclarecer</u> como ocorre a <u>forma de contato ou exposição</u> com o fator e o número de horas da jornada de trabalho semanal que possa vir a justificar condição de periculosidade:
7.2. Estas atividades são atribuições do seu cargo efetivo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7.3. Citar o EPI/EPC** ou outras medidas de controles utilizadas nestas atividades:

08. Resumo da carga horária semanal do servidor conforme informados nos itens 4, 5, 6 e 7;	Total de horas semanais
Carga horária de trabalho predominantemente administrativa, atividades em que não haja contato com agentes físicos, químicos ou biológicos e fatores perigosos (Ex: aulas teóricas, atividades administrativas, elaboração de aulas e provas, etc.):	
Carga horária de trabalho e/ou atividade prática em contato com <u>agente físico</u> :	
Carga horária de trabalho e/ou atividade prática em contato com <u>agente químico</u> :	
Carga horária de trabalho e/ou atividade prática em contato com <u>agente biológico</u> :	
Carga horária de trabalho e/ou atividade prática em contato com <u>explosivos</u> :	



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MATO GROSSO
DIRETORIA SISTÊMICA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE SAÚDE, SEGURANÇA E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Carga horária de trabalho e/ou atividade prática em contato com <u>inflamáveis</u> :	
Carga horária de trabalho e/ou atividade prática em contato com <u>radiação ionizante/raio – X/ substâncias radioativas</u> :	
Carga horária de trabalho e/ou atividade prática em contato com <u>eletricidade</u> (descrever as tensões envolvidas e quais as atividades no campo 09):	
09. Descrever qualquer outra condição de trabalho ou atividade praticada que seja diferente das condições dos itens anteriores apresentados:	

10. SOMENTE para o cargo de **PROFESSOR**: Informar as disciplinas lecionadas que envolvem práticas laboratoriais onde o contato e exposição com agentes nocivos e perigosos para a saúde, bem como o número de aulas práticas lecionadas, semanalmente, com a correspondente carga horária:

(OBS: Apresentar anexo a este formulário o Plano de Trabalho Docente (PTD), comprovando as suas atividades descritas neste)

Código Disciplina	Nome	Nº aulas práticas	Semestre (1º/2º)

OBS:

11. Informações Gerais

Caso o campo disponibilizado neste formulário para o preenchimento das informações solicitadas não seja suficiente, anexar folhas a este formulário. As folhas em anexo só terão validade se as mesmas estiverem assinadas pelo servidor, chefia imediata e diretor do Campus;
Caso desenvolva atividades em mais do que um posto de trabalho, deverá identificar cada posto e respectivos agentes que acredita estar exposto e os tempos de exposição.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MATO GROSSO
DIRETORIA SISTÊMICA DE GESTÃO DE PESSOAS
NÚCLEO DE SAÚDE, SEGURANÇA E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

DECLARAÇÃO

Declaro que as informações prestadas expressam a verdade, estando ciente de que em caso de irregularidades/falsidade de informações, assumo total responsabilidade das penalidades previstas (civil, administrativo e penal) nos termos do art. 17, da Orientação Normativa nº 04 de 2017 – SRH/MPOG, Lei 8.112 de 11 de dezembro de 1990 e art. 299 do Código Penal Brasileiro. Declaro ter ciência de que na hipótese de cessação dos riscos nocivos que estou exposto haverá a suspensão do adicional e gratificação percebida conforme regulamentado pela legislação pertinente.

Declaro, por fim, que tenho ciência de que no caso de servidora gestante, há a obrigatoriedade de comunicação de início de gestação a Diretoria Sistêmica de Gestão de Pessoas.

Local: _____ Data: ___/___/___

Assinatura do servidor

Ciente e de acordo:

Data: ___/___/___

Assinatura do Chefe Imediato (com carimbo)

Data: ___/___/___

Assinatura do Diretor do Campus (com carim-

bo)

Observação: É obrigatório o preenchimento do formulário e assinaturas do Servidor, Chefia Imediato e Diretor do Campus em todas as folhas deste formulário.