

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAS

**DESPACHO**

|  |
| --- |
| **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)** |

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

1. Caso um dos campos deste formulário não seja suﬁciente, o servidor pode anexar documentos adicionais ao processo. Os documentos 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 da UFG, 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 "***EXTRATIFICAÇÃO DO TEMPO DE EXPOSIÇÃO (SOMENTE PARA PROFESSORES)"*** 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/ou 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)
9. **Após o preenchimento e assinatura do formulário pelo interessado, este documento deverá ser assinado pela Cheﬁa imediata e Direção da Unidade.**

Assinale com X uma opção a seguir, que motivou esta solicitação de inspeção técnica:

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

|  |
| --- |
| **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 (nome da função): |
| 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: |

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

**INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO AMBIENTE DE TRABALHO E ÀS ATIVIDADES DESEMPENHADAS**

|  |
| --- |
| Semestre atual: / .Conforme os Planos de Ensino do semestre atual, e Relatório de Atividades Docente, preencha o quadro abaixo informando os dias nos quaisocorrerão as aulas práticas e a carga horária das referidas aulas práticas. Relatar somente as aulas em andamento no semestre atual, desconsiderar aulas que ainda vão iniciar no semestre seguinte.***Obs: Cópia dos Planos de Ensino do semestre atual deverão ser anexados*** |
| DISCIPLINA | CARGA HORÁRIA SEMESTRAL | CARGA HORÁRIA TOTAL SEMESTRE | LOCAL(IS) DAS AULAS **PRÁTICAS** |
| TEÓRICA | PRÁTICA |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 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. Relatar somente projetos em andamento no semestre atual, desconsiderar projetos que ainda vão iniciar no semestre seguinte. |
| PROJETO PESQUISA/EXTENSÃO | DIAS DA SEMANA E HORÁRIO DAS ATIVIDADES DE PESQUISA/EXTENSÃO | CARGA HORÁRIA TOTAL MENSAL | LOCAL (IS) DAS ATIVIDADES DE**PESQUISA/EXTENSÃO**. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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 aos agentes de riscos físicos, químicos e biológicos. |  |
| 2. Carga horária de pesquisa e/ou extensão sem exposição aos agentes de riscos físicos, químicos e biológicos. |  |
| 3. Atividades administrativas (gestão, coordenação, etc), sem exposição a agentes de riscos físicos, químicos e biológicos. |  |
| 4. Carga horária de ensino com exposição aos agentes de riscos físicos. |  |
| 5. Carga horária de ensino com exposição aos agentes de riscos químicos. |  |
| 6.Carga horária de ensino com exposição aos agentes de riscos biológicos. |  |
| 7. Carga horária de pesquisa e/ou extensão com exposição aos agentes de riscos físicos. |  |
| 8. Carga horária de pesquisa e/ou extensão com exposição aos agentes de riscos químicos. |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 9. Carga horária de pesquisa e/ou extensão com exposição aos agentes de riscos biológicos. |  |
| 10. Outras atividades |  |
| **Total de horas da jornada semanal de trabalho** |  |
| **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 **(PARA TODOS OS SERVIDORES**) (Dias da semana/período) |
| Locais(um ou mais):Dias da semana/períodos: |
| 3. 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 Olho |  | Extintores | Outros (especificar): |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| 3.1. 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 (especificar): |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 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 Lei8.112, 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 queconcederem 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 ouautorizarem 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. |
| **CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA CHEFIA IMEDIATA/SUPERIOR** |

|  |
| --- |
|  |
| 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 Diretoria de Atenção a Saúde do Servidor - DASS/UFG qualquer condição que possa alterar os riscos a que o servidor está exposto, de acordo com o artigo 16 da Orientação Normativa n˚ 04 do MPOG, de 14 de Fevereiro de 2017. |
| **DECLARAÇÃO DO (A) SERVIDOR(A)** |
| 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.Declaro estar ciente que deverei enviar esse formulário completamente preenchido, com todas as dúvidas sanadas e em caso contrário não terei a conclusão desta avaliação. |

|  |
| --- |
| **LEGISLAÇÃO - INSALUBRIDADE** |
| RISCOS FÍSICOS |
| NR 15 (Anexo 1): Ruído contínuo ou intermitente acima de 85 dB(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 1 segundo a intervalos superiores à 1 segundo);NR 15 (Anexo 3): Calor (exposição ao calor avaliada através do Índice de Bulbo Úmido Termômetro de Globo (IBUTG) em ambientesinternos 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 6NR 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 15 (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. |
| **LEGISLAÇÃO - 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 SIASS/DASS – siassufg@gmail.com |

**Referência:** Processo nº 23070.024225/2018-61 SEI nº 0418824