



Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Conselho de Administração

RESOLUÇÃO Nº 011, DE 20 DE ABRIL DE 2021

O REITOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS E PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO, no uso de suas atribuições estatutárias,

CONSIDERANDO o disposto nos artigos 61, 68, 69, 70 da Lei 8.112 de 11 de dezembro de 1990.

CONSIDERANDO o Decreto nº 81.384, de 22 de fevereiro de 1978, que dispõe sobre a concessão de gratificação por atividades com raios-x ou substâncias radioativas e outras vantagens, previstas na Lei n. 8.270/1991, e dá outras providências;

CONSIDERANDO o Decreto-lei nº 1.873, de 27 de maio de 1981, que dispõe sobre a concessão de adicionais de insalubridade e de periculosidade aos servidores públicos federais, e dá outras providências;

CONSIDERANDO o Decreto nº 97.458, de 11 de janeiro de 1989, que regulamenta a concessão dos adicionais de periculosidade e de insalubridade;

CONSIDERANDO o Decreto nº 877, de 20 de julho de 1993, que regulamenta a concessão do adicional de irradiação ionizante de que trata o § 1º do art. 12 da Lei nº 8.270, de 1991.

CONSIDERANDO a Orientação Normativa da Secretaria de Gestão de Pessoas e Relações do Trabalho no Serviço Público/MPOG nº 04, de 14 de fevereiro de 2017, em especial o disposto nos artigos 15 e 16.

CONSIDERANDO o disposto nas Normas Regulamentadoras nº 15 e nº 16, aprovadas pela Portaria MTE nº 3.214, de 08 de junho de 1978.

RESOLVE:

Art. 1º Instituir os procedimentos para concessão de adicional ocupacional em virtude de exercício de atividades insalubres, perigosas, irradiação ionizante e gratificação por trabalhos com raios-x ou substâncias radioativas no âmbito da Universidade Federal do Amazonas, na forma dos Anexos desta Resolução.

Art. 2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

ANEXO I – RESOLUÇÃO Nº 011/2021

CAPÍTULO I

DA DISPOSIÇÃO INICIAL

Art. 1º - Esta Resolução tem o objetivo de orientar a Universidade Federal do Amazonas quanto aos procedimentos relativos ao acompanhamento das condições de trabalho que ensejam o pagamento dos adicionais ocupacionais.

CAPÍTULO II

DO PEDIDO

Art. 2º - O interessado que atender aos requisitos do **Art. 1º** deverá iniciar processo no Sistema Eletrônico de Informações (SEI), conforme o adicional que deseja solicitar, preenchendo o “Formulário de requerimento de adicional de insalubridade, periculosidade, gratificação de raios-x ou irradiação ionizante” de acordo com as atividades individuais realizadas no seu ambiente laboral e anexar os documentos solicitados no parágrafo único do *caput* deste artigo, conforme a carreira que exerce na Instituição.

Parágrafo único - Para o requerimento dos adicionais ocupacionais, devem ser anexados os seguintes documentos ao processo:

I - Formulário de solicitação de adicional ocupacional (TAE, anexo IIIA; docente, anexo IIIB);

II - A portaria de localização do servidor com a descrição das atividades que ensejam o adicional ocupacional (TAE e docente: anexo II);

Art. 3º - Para correta instrução do processo, o interessado deve observar o seguinte fluxo:

I - Solicitar sua portaria de localização ao superior hierárquico (Pró-Reitor, Diretor de unidade acadêmica ou administrativa).

II – Anexar os documentos citados no **Art. 2º** no processo SEI.

III – Enviar o processo ao Departamento de Saúde e Qualidade de Vida - DSQV, vinculado à Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas - PROGESP.

Art. 4º - Para servidores que exerçam atividades funcionais com o vínculo UFAM em ambientes sócio-ocupacionais externos à Universidade que mantem relação institucional comprovada com a UFAM - hospitais, empresas públicas ou privadas, entre outros, o servidor solicitante deverá anexar o Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR) do referido ambiente, para análise e fundamentação do laudo a que se refere o Art. 6º.

Parágrafo único - Caso o servidor responsável pela elaboração do laudo técnico identifique a necessidade de perícia no local indicado pelo servidor solicitante, o responsável técnico poderá realizá-la, sem necessidade de aviso prévio.

Art. 5º - Cabe à Direção da Unidade Acadêmica ou Administrativa a emissão da portaria de localização dos servidores lotados na respectiva Unidade, devendo ser:

I - Formulada pela chefia imediata, até 15 dias úteis após a apresentação do servidor no respectivo setor de trabalho, descrevendo as atividades que ensejam o adicional ocupacional (aulas ou atividades de laboratório, projetos de pesquisa ou extensão devidamente aprovados no departamento ou na Unidade Acadêmica ou Administrativa);

II - Atualizada pela Direção da Unidade Acadêmica ou Administrativa, sempre que houver alteração ou cessação dos riscos a que esteja submetido o servidor, em função de movimentação deste na Unidade de efetivo exercício, alteração do ambiente de trabalho ou dos processos de trabalho; e

III - Publicada no Boletim Interno da UFAM em seção específica.

Art. 6º - O DSQV designará Responsável Técnico, conforme Art. 9º, para a avaliação pericial, que realizará as avaliações ou medições de agentes físicos, químicos e/ou a identificação de agentes biológicos e emitirá Laudo Técnico Ambiental, via SEI, no prazo de 20 dias a contar da data do requerimento do servidor solicitante, indicando, conclusivamente, em Parecer Técnico individual se o interessado faz ou não jus ao adicional ocupacional.

§ 1º - O prazo constante no *caput* poderá ser prorrogado em casos excepcionais, devidamente justificado pelo responsável técnico.

§ 2º - Para emissão de laudo pericial, o Responsável Técnico considerará, como data de avaliação, aquela constante da portaria de localização, relativa ao início da exposição do interessado aos agentes de riscos.

§ 3º - Para os casos em que as avaliações dos riscos químicos ou físicos não constarem das Normativas legais, o responsável técnico fará avaliação qualitativa do risco a que o servidor está exposto.

Art. 7º - No caso de não caracterização do direito ao recebimento do adicional solicitado, amparada por parecer técnico do servidor responsável, conforme **Art. 6º**, o DSQV encaminhará a decisão ao servidor solicitante para conhecimento, sendo-lhe possibilitado interpor pedido de reconsideração no prazo de 10 (dez) dias.

Art. 8º - O servidor cujo pedido de adicional ocupacional tenha sido indeferido ou parcialmente deferido, poderá fazê-lo novamente sempre que houver remoção, alteração do ambiente ou dos processos de trabalho ou da legislação vigente.

I - Cabe ao Responsável Técnico, mediante portaria de localização, avaliar se o interessado atende ou não aos requisitos do *caput* deste artigo.

II - O pedido reiterado que estiver em desconformidade com o *caput* deste artigo será inadmitido, sendo indeferido sem avaliação pericial.

CAPÍTULO III**DA CONCESSÃO**

Art. 8º - A concessão dos adicionais de insalubridade e periculosidade será efetuada por meio de Portaria da PROGESP, fundamentada em laudo técnico pericial e observadas as regras estabelecidas na legislação vigente.

Art. 9º - Os laudos técnicos de insalubridade e periculosidade deverão ser elaborados por servidor da Universidade Federal do Amazonas, ocupante dos cargos de Engenheiro de Segurança do Trabalho ou Médico/Área: Medicina do Trabalho. Na ausência destes poderá ser elaborado por servidor público da esfera federal, estadual, distrital ou municipal, ou militar, ocupante de cargo público ou posto militar de médico com especialização em medicina do trabalho, ou de engenheiro ou de arquiteto com especialização em segurança do trabalho.

Parágrafo único - A UFAM poderá contratar serviços de terceiros para a dosagem e medição de agentes físicos e químicos ou para a identificação de agentes biológicos, com a finalidade de auxiliar o profissional competente na expedição de laudo técnico, desde que o levantamento dos dados seja supervisionado por servidor da área de saúde e segurança do trabalho.

Art. 10 - O laudo técnico pericial não terá prazo de validade, devendo ser refeito sempre que houver alteração do ambiente ou dos processos de trabalho ou da legislação vigente.

CAPÍTULO IV**DA MANUTENÇÃO**

Art. 11 - Cabe ao Departamento de Saúde e Qualidade de Vida – DSQV acompanhar e informar, periodicamente, a manutenção das condições apuradas no laudo técnico pericial a PROGESP.

§ 1º - Sem prejuízo do contido no Art. 5º, II desta resolução, o DSQV comunicará à PROGESP e à Unidade de Lotação do servidor sobre as alterações que divirjam do laudo técnico pericial que subsidiou a concessão do respectivo adicional, a fim de que sejam alteradas, respectivamente, as portarias de concessão e a portaria de localização.

§ 2º - Quando não houver comunicação por parte da Unidade de Lotação ou do próprio servidor, a respeito de alterações das situações apontadas no referido laudo, a avaliação periódica tratada no caput será anual.

§ 3º - A chefia imediata do servidor solicitante do adicional ocupacional, quando solicitada pelo DSQV, enviará as informações atualizadas sobre a situação do servidor sob sua chefia para verificar se há alteração das condições que ensejaram o adicional ocupacional ao servidor.

Art. 12 - Compreende-se por alteração as divergências com o último laudo técnico pericial elaborado, tais como:

I – mudança de lotação pelo servidor;

II – reforma das instalações físicas;

III – mudança do local periciado;

IV – mudança das atividades desenvolvidas pelo servidor;

V – afastamentos das atividades ou locais periciados, ainda que temporariamente e/ou por indicação médica;

VI – posse para exercício de cargo em comissão ou designação para função de confiança;

VII – redução do tempo de exposição a circunstâncias ou condições insalubres ou perigosas.

§ 1º - Para aqueles servidores cuja atribuição legal do cargo o expõe a condições insalubres, tal exposição deve ser habitual, por tempo superior à metade da jornada de trabalho mensal.

§ 2º - Para aqueles servidores cuja atribuição legal do cargo não o exponha a condições insalubres, tal exposição há que ser permanente, ou seja, constante, durante toda a jornada laboral e prescrita como principal atividade do servidor.

§ 3º - A designação para função de confiança com atribuição de comando administrativo em regra ocasiona a perda do adicional ocupacional, salvo informação do DSQV a que se refere o Art. 6º acerca da manutenção do desenvolvimento das atividades periciadas, com a habitualidade exigida.

Art. 13- A informação prestada pelo DSQV comporá o processo de adicional de insalubridade e de periculosidade do servidor e, havendo conclusão acerca da regularidade do pagamento da vantagem, os autos serão encaminhados à PROGESP para emissão da portaria de concessão.

CAPÍTULO V**DA SUSPENSÃO DO PAGAMENTO**

Art. 14 - Na hipótese de alteração nas condições de trabalho, o pagamento do adicional correspondente será suspenso e só poderá ser restabelecido mediante a elaboração de novo laudo técnico pericial.

Parágrafo único - É dever do DSQV informar a data a partir da qual houve alteração nas condições de trabalho, para fins de fixação dos efeitos financeiros decorrentes.

CAPÍTULO VI**DO RECURSO E PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO**

Art. 15 - Ao indeferimento do pedido, parcial ou integralmente, caberá recurso ao DSQV, no prazo de 10 (dez) dias úteis, a partir da ciência do interessado ou da publicação de portaria no Boletim Interno da UFAM.

§ 1º - O Departamento de Saúde e Qualidade de Vida designará Comissão de Recursos de três Responsáveis Técnicos para análise do recurso, não podendo quaisquer de seus membros terem participado da emissão do Laudo Técnico recorrido.

§ 2º - A Comissão decidirá o recurso no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis, a partir do recebimento dos autos, salvo se se tratar de impossibilidade legalmente justificável.

§ 3º - Da decisão do recurso cabe um único pedido de reconsideração, no prazo de 10 (dez) dias úteis, a partir da ciência do interessado ou da publicação de portaria no Boletim Interno da UFAM.

§ 4º - A Comissão decidirá sobre o pedido de reconsideração, no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis, a partir do recebimento dos autos, salvo se se tratar de impossibilidade legalmente justificável.

CAPÍTULO VII**DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS**

Art. 16 - Compete à PROGESP, por meio do DSQV, a instrução dos processos relativos à concessão e à manutenção do adicional ocupacional no âmbito da Universidade Federal do Amazonas, subsidiada pelas informações e documentos estabelecidos por esta Resolução.

Art. 17 - As Unidades Acadêmicas e Administrativas da UFAM alcançadas pelas disposições desta Resolução terão o prazo de 90 (noventa) dias para adequar as designações atualmente vigentes ao estabelecido no § 1º do Art. 5º desta Resolução.

Art. 18 - Compete ao DSQV estabelecer cronograma de periodicidade de acompanhamento das Unidades Acadêmicas e Administrativas da UFAM, a que se refere o Art. 11.

Art. 19 - Os servidores que tiveram o pagamento do adicional ocupacional suspenso em 31 de dezembro de 2018, em virtude da mudança do sistema eletrônico de concessões, terão, para fins de avaliação pericial, o dia 01 de janeiro de 2019, como data referência de efetivo exercício, em suas respectivas portarias de localização.

Art. 20 - Enquanto durar a pandemia, todos os servidores em contato direto com pacientes infectados com a COVID-19 ou em ala hospitalar especificamente destinada a tais pacientes no Hospital Universitário Getúlio Vargas e no Ambulatório Araújo Lima receberão o pagamento do adicional de insalubridade em grau máximo.

ANEXO II – MODELOS DE PORTARIAS**ANEXO IIA – MODELO DE PORTARIA DE UNIDADE ACADÊMICA****PORTARIA** (abreviatura da unidade) N. (número interno) (ano)

O (a) DIRETOR(a) DA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, matrícula SIAPE n. _____, usando das atribuições que lhe conferem o Estatuto e o Regimento Geral da UFAM.

RESOLVE:

LOCALIZAR o (a) servidor (a) _____ matrícula SIAPE _____, ocupante do cargo efetivo de

exercendo suas atividades no (s) (local ou locais onde trabalha), desde (inserir data inicial), com jornada de serviço semanal de _____ horas, deduzidas as horas exercidas em cargo de confiança ou função comissionada.

Dê-se ciência, publique-se e cumpra-se.

DIRETORIA DO(A) (nome do Instituto, Faculdade ou Escola)... DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, em Manaus, XX de xxxxx de xxxx.

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	TIPO	FREQUÊNCIA	TEMPO

Frequência: Diária (**D**), Semanal (**S**), Mensal (**M**), Semestral (**SM**), Anual (**A**). **Tipo:** Pesquisa (**P**), Extensão (**E**), Atividade de Campo (**AT**), Não Aplicável (**NA**). O tempo deve ser exposto em horas (**H**).

Chefia Imediata (SIAPE)

Direção da Unidade

INSTRUÇÕES

1. O servidor fará uma autodescrição das suas atividades, que deve ser analisada e anuída pela chefia imediata. Essa descrição passará por avaliação *in loco* dos Responsáveis Técnicos, servindo como base de cálculo do tempo de exposição individual.
2. Os servidores DOCENTES devem descrever as atividades PRÁTICAS (P) (incluindo pesquisa, extensão e atividade de campo, se houver), SEPARADAMENTE.
3. Na DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES, o servidor deve CITAR OS AGENTES NOCIVOS aos quais tem contato, assim como DETALHAR AS ATIVIDADES envolvendo tais agentes.
4. A portaria de localização deve ser publicada no Boletim Interno da UFAM (contatar Diretoria Executiva - DIREX para efetivar a publicação).

ANEXO IIB – MODELO DE PORTARIA DE UNIDADE ADMINISTRATIVA

PORTARIA (abreviatura da unidade) **N.** (número interno) (ano)

O (a) DIRETOR(a)/PREFEITO(A) DO CAMPUS/PRÓ-REITOR(A)/REITOR(A) DA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, matrícula SIAPE n.º _____, usando usando das atribuições que lhe conferem o Estatuto e o Regimento Geral da UFAM.

RESOLVE:

LOCALIZAR o (a) servidor(a) _____ matrícula SIAPE _____, ocupante do cargo efetivo de _____

exercendo suas atividades no(s) (local ou locais onde trabalha*), desde (inserir data inicial*), com jornada de serviço semanal de _____ horas, deduzidas as horas exercidas em cargo de confiança ou função comissionada.

Dê-se ciência, publique-se e cumpra-se.

DIRETORIA/PREFEITURA/PRO-REITORIA/REITORIA DA (nome da Unidade Administrativa) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS, em Manaus, xx de xxxxx de xxxx.

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	TIPO	FREQUÊNCIA	TEMPO

Frequência: Diária (**D**), Semanal (**S**), Mensal (**M**), Semestral (**SM**), Anual (**A**). **Tipo:** Pesquisa (**P**), Extensão (**E**), Atividade de Campo (**AT**), Não Aplicável (**NA**). O tempo deve ser exposto em horas (**H**).

 Chefia Imediata (SIAPE)

 Direção da Unidade Administrativa / Pró-reitor / Reitor

INSTRUÇÕES

1. O servidor fará uma autodescrição das suas atividades, que deve ser analisada e anuída pela chefia imediata. Essa descrição passará por avaliação *in loco* dos Responsáveis Técnicos, servindo como base de cálculo do tempo de exposição individual.
2. Os servidores DOCENTES devem descrever as atividades PRÁTICAS (P) (incluindo pesquisa, extensão e atividade de campo, se houver), SEPARADAMENTE.
3. Na DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES, o servidor deve CITAR OS AGENTES NOCIVOS aos quais tem contato, assim como DETALHAR AS ATIVIDADES envolvendo tais agentes.
4. A portaria de localização deve ser publicada no Boletim Interno da UFAM (contatar Diretoria Executiva - DIREX para efetivar a publicação).

ANEXO III – MODELOS DE FORMULÁRIOS PERICIAIS

ANEXO IIIA – FORMULÁRIO PERICIAL TAE

ADICIONAL DE INSALUBRIDADE, PERICULOSIDADE, IRRADIAÇÃO IONIZANTE / GRATIFICAÇÃO POR TRABALHOS COM RAIOS-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 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, técnicos que dão suporte em outros ambientes pertencentes à UFAM), deverá identificar cada posto de trabalho. Faz-se necessário que sejam relacionados os respectivos riscos e tempos de exposição.
3. As declarações feitas neste formulário, necessariamente, serão submetidas à comprovação por profissional competente designado para a emissão de laudo pericial através da avaliação nos locais de trabalho, a fim de validar (ou não) as informações prestadas.

4. Para fins de controles internos, faz-se necessária a comprovação das atividades relacionadas, específicas conforme a situação individual de cada servidor.
5. Recomenda-se a leitura da **Orientação Normativa SEGEP/MPOG N° 04/2017** para o preenchimento deste formulário.
6. Formato da Hora para o preenchimento do formulário é HH:MM (Ex: 20:00)

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

INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO SERVIDOR (A)

NOME COMPLETO:

CARGO:

NOME DA CHEFIA IMEDIATA:

MATRÍCULA SIAPE:

CPF:

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

: ____ (Horas Semanais)

Jornada semanal de trabalho do servidor

 20 horas 30 horas 40 horas 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:

2. AMBIENTE E HORÁRIO DE EXPOSIÇÃO AOS RISCOS (Anexar o mapeamento das aulas práticas de que participa)

Exposição aos Riscos por Ambiente de Trabalho

Exposição aos Riscos por Ambiente de Trabalho

Local da Exposição:							Local da Exposição:						
Período/Dias	Manhã		Tarde		Noite		Período/Dias	Manhã		Tarde		Noite	
	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim		Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim
Segunda-Feira							Segunda-Feira						
Terça-Feira							Terça-Feira						
Quarta-Feira							Quarta-Feira						
Quinta-Feira							Quinta-Feira						
Sexta-Feira							Sexta-Feira						
Sábado							Sábado						

Exposição aos Riscos por Ambiente de Trabalho							Exposição aos Riscos por Ambiente de Trabalho						
Local da Exposição:							Local da Exposição:						
Período/Dias	Manhã		Tarde		Noite		Período/Dias	Manhã		Tarde		Noite	
	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim		Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim
Segunda-Feira							Segunda-Feira						
Terça-Feira							Terça-Feira						
Quarta-Feira							Quarta-Feira						
Quinta-Feira							Quinta-Feira						
Sexta-Feira							Sexta-Feira						
Sábado							Sábado						

Exposição aos Riscos por Ambiente de Trabalho							Exposição aos Riscos por Ambiente de Trabalho						
Local da Exposição:							Local da Exposição:						
Período/Dias	Manhã		Tarde		Noite		Período/Dias	Manhã		Tarde		Noite	
	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim		Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim
Segunda-Feira							Segunda-Feira						

Terça-Feira						Terça-Feira						
Quarta-Feira						Quarta-Feira						
Quinta-Feira						Quinta-Feira						
Sexta-Feira						Sexta-Feira						
Sábado						Sábado						

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.

Os agentes físicos são: calor, ruído, frio, umidade, vibração, radiações não ionizantes, radiações ionizantes e pressões anormais.

Frequência do contato: especificar quantas vezes na semana, na quinzena, no mês ou no semestre.

Fonte geradora: o que está ocasionado o agente. Ex.: Máquinas, Equipamentos e etc.

AGENTE FÍSICO	AMBIENTE (LOCAL DA EXPOSIÇÃO)	FONTE GERADORA DO AGENTE	FREQUÊNCIA DO CONTATO	DURAÇÃO DO CONTATO (MINUTOS)

Caso tenha descrito algum agente físico acima, **descreva detalhadamente** como ocorre esta exposição:

4. 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

Marque na tabela abaixo as **atividades** e especifique os **ambientes**, a **frequência** e o **tempo de exposição semanal** para cada agente.

Frequência do contato: especificar quantas vezes na semana, na quinzena, no mês ou no semestre.

ATIVIDADES COM RISCOS BIOLÓGICOS	AMBIENTE (LOCAL DA EXPOSIÇÃO)	FREQUÊNCIA DO CONTATO	DURAÇÃO DO CONTATO (MINUTOS)
<input type="checkbox"/> Pacientes em isolamento por doenças infectocontagiosas, bem como objetos de seu uso, não previamente esterilizados;			
<input type="checkbox"/> Carnes, glândulas, vísceras, sangue, ossos, couros, pelos e dejeções de animais portadores de doenças infectocontagiosas (carbunculose, brucelose, tuberculose);			
<input type="checkbox"/> Esgotos (galerias e tanques);			
<input type="checkbox"/> Lixo urbano (coleta e industrialização);			
<input type="checkbox"/> Estabelecimento p/ atendimento e tratamento de animais;			
<input type="checkbox"/> Estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana;			
<input type="checkbox"/> Contato em laboratórios, com animais ao preparo de soro, vacinas e outros produtos;			
<input type="checkbox"/> Laboratórios de análise clínica e histopatologia;			
<input type="checkbox"/> Gabinetes de autópsias, de anatomia e histoanatomopatologia;			
<input type="checkbox"/> Cemitérios(exumação de corpos);			
<input type="checkbox"/> Estâbulos e cavalariças;			
<input type="checkbox"/> Resíduos de animais deteriorados;			
<input type="checkbox"/> Outros (descreva):			

Caso tenha selecionado algum item acima, **descreva detalhadamente** como desenvolve esta atividade, bem como o tempo de exposição semanal:

5. 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 próximo item **5.1DESCRICAÇÃO DE ATIVIDADES LABORAIS COM PRODUTOS QUÍMICOS**, colocando as informações detalhadas sobre as substâncias químicas utilizadas no(s) processo(s).

Descreva detalhadamente como desenvolve a atividade envolvendo os agentes químicos:

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, 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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input type="checkbox"/> Na operação de escova de cartuchos de explosivos |
| <input type="checkbox"/> No armazenamento de explosivos | <input type="checkbox"/> Na detonação |
| <input type="checkbox"/> No transporte de explosivos | <input type="checkbox"/> Na verificação de detonações falhadas |
| <input type="checkbox"/> Na operação de carregamento de explosivos | <input type="checkbox"/> Na queima e destruição de explosivos deteriorados |
| <input type="checkbox"/> Na operação de manuseio de explosivos | <input type="checkbox"/> 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

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 inflamável gasoso ou líquido, em quantidade total maior ou igual a 135 quilos
- 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

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 Supervisão / Fiscalização operacional
 Vigilância patrimonial Outros. Especifique:

AMBIENTE(S) DE EXPOSIÇÃO

TEMPO DE EXPOSIÇÃO SEMANAL (EM HORAS)

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
 Ou 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:

1. 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;
2. 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;
3. Designação por Portaria do Diretor do órgão onde o servidor tenha exercício para operar direta e habitualmente com raios-x ou substâncias radioativas; e
4. 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, ainda, 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 (caso haja): _____

Local e Data _____, ____/____/____

Assinatura ou Rubrica e Carimbo da Chefia Imediata

CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA CHEFIA SUPERIOR

Estou 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 estão sujeitas às 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: (i) art. 9º 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; (ii) 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; e (iii) 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)

ANEXO III – MODELOS DE FORMULÁRIOS PERICIAIS**ANEXO IIIB – FORMULÁRIO PERICIAL DOCENTE**

ADICIONAL DE INSALUBRIDADE, PERICULOSIDADE, IRRADIAÇÃO IONIZANTE / GRATIFICAÇÃO POR TRABALHOS COM RAIOS-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 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 à UFAM), 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. As declarações feitas neste formulário, necessariamente, serão submetidas à comprovação por profissional competente designado para a emissão de laudo pericial através da avaliação nos locais de trabalho, a fim de validar (ou não) as informações prestadas.
4. Para fins de controles internos, faz-se necessária a comprovação das atividades relacionadas, específicas conforme a situação individual de cada servidor.
5. Recomenda-se a leitura da **Orientação Normativa SEGEP/MPOG N° 04/2017** para o preenchimento deste formulário.
6. Formato da Hora para o preenchimento do formulário é HH:MM (Ex: 20:00)

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

INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO SERVIDOR (A)

NOME COMPLETO:

CARGO:

NOME DA CHEFIA IMEDIATA:

MATRÍCULA SIAPE:

CPF:

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

____:____(Horas Semanais)

Jornada semanal de trabalho do servidor

() 20 horas () 30 horas () 40 horas () 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.****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.

DISCIPLINA	CÓD. DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA SEMESTRAL		CARGA HORÁRIA TOTAL SEMESTRE	DATA 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			

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	

Obsevação:

INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO AMBIENTE DE TRABALHO E ÀS ATIVIDADES DESEMPENHADAS**1. EXTRATIFICAÇÃO DO TEMPO DE EXPOSIÇÃO.****Semestre anterior:****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.**

DISCIPLINA	CÓD. DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA SEMESTRAL		CARGA HORÁRIA TOTAL SEMESTRE	DATA 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			

Semestre anterior:**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	

Obsevação:

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 Relatório Individual de Trabalho - RIT.

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):

Relatar e anexar outras documentações comprobatórias das atividades desenvolvidas nos projetos de pesquisas e extensão que entenda necessárias para comprovação da exposição aos agentes de risco.

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

2. 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.

Os agentes físicos são: calor, ruído, frio, umidade, vibração, radiações não ionizantes, radiações ionizantes e pressões anormais.

Frequência do contato: especificar quantas vezes na semana, na quinzena, no mês ou no semestre.

Fonte geradora: o que está ocasionado o agente. Ex.: Máquinas, Equipamentos e etc.

AGENTE FÍSICO	AMBIENTE (LOCAL DA EXPOSIÇÃO)	FONTE GERADORA DO AGENTE	FREQUÊNCIA DO CONTATO	DURAÇÃO DO CONTATO (MINUTOS)

Caso tenha descrito algum agente físico acima, **descreva detalhadamente** como ocorre esta exposição:

3. 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

Marque na tabela abaixo as **atividades** e especifique os **ambientes**, a **frequência** e o **tempo de exposição semanal** para cada agente.

Frequência do contato: especificar quantas vezes na semana, na quinzena, no mês ou no semestre.

ATIVIDADES COM RISCOS BIOLÓGICOS	AMBIENTE (LOCAL DA EXPOSIÇÃO)	FREQUÊNCIA DO CONTATO	DURAÇÃO DO CONTATO (MINUTOS)
() Pacientes em isolamento por doenças infectocontagiosas, bem como objetos de seu uso, não previamente esterilizados;			

<input type="checkbox"/> Carnes, glândulas, vísceras, sangue, ossos, couros, pelos e dejeções de animais portadores de doenças infectocontagiosas (carbunculose, brucelose, tuberculose);			
<input type="checkbox"/> Esgotos (galerias e tanques);			
<input type="checkbox"/> Lixo urbano (coleta e industrialização);			
<input type="checkbox"/> Estabelecimento p/ atendimento e tratamento de animais;			
<input type="checkbox"/> Estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana;			
<input type="checkbox"/> Contato em laboratórios, com animais ao preparo de soro, vacinas e outros produtos;			
<input type="checkbox"/> Laboratórios de análise clínica e histopatologia;			
<input type="checkbox"/> Gabinetes de autópsias, de anatomia e histoanatomopatologia;			
<input type="checkbox"/> Cemitérios(exumação de corpos);			
<input type="checkbox"/> Estábulos e cavalariças;			
<input type="checkbox"/> Resíduos de animais deteriorados;			
<input type="checkbox"/> Outros (descreva):			

Caso tenha selecionado algum item acima, **descreva detalhadamente** como desenvolve esta atividade, bem como o tempo de exposição semanal:

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 próximo item 4.1 **DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES LABORAIS COM PRODUTOS QUÍMICOS**, colocando as informações detalhadas sobre as substâncias químicas utilizadas no(s) processo(s).

4.1 DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES LABORAIS COM PRODUTOS QUÍMICOS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

1. Solicitamos atenção no preenchimento dos campos e fidelidade das informações à realidade existente nos laboratórios e à realidade das atividades desenvolvidas.
2. O simples recebimento e manipulação de frascos e similares com produtos químicos (fechados), não caracteriza exposição direta.
3. Será necessário anexar junto ao processo de requisição do adicional todas as FISPQ's (Ficha de informação de segurança de produto químico) dos produtos citados.
4. Caso trabalhe em mais de 1 (um) laboratório preencher uma ficha para cada ambiente de trabalho.

5. 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, RADIAÇÃO IONIZANTE OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS.

Não Sim. Especifique, nos itens 5.1 a 5.5, o **ambiente**, a **forma de contato** e o **tempo de exposição semanal** para cada atividade e operação.

5.1 ATIVIDADES E OPERAÇÕES PERIGOSAS COM EXPLOSIVOS

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

AMBIENTE(S) DE EXPOSIÇÃO:

TEMPO DE EXPOSIÇÃO SEMANAL (EM HORAS):

00:00

QUANTIDADE DE EXPLOSIVOS AO QUAL VOCÊ FICA EXPOSTO EM SEU AMBIENTE DE TRABALHO

5.2 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 inflamável gasoso ou líquido, em quantidade total maior ou igual a 135 quilos
- Outros. Especifique:

AMBIENTE(S) DE EXPOSIÇÃO:

TEMPO DE EXPOSIÇÃO SEMANAL (EM HORAS)

00:00

QUANTIDADE DE EXPLOSIVOS AO QUAL VOCÊ FICA EXPOSTO EM SEU AMBIENTE DE TRABALHO

5.3 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 Supervisão / Fiscalização operacional
- Vigilância patrimonial Outros. Especifique:

AMBIENTE(S) DE EXPOSIÇÃO

TEMPO DE EXPOSIÇÃO SEMANAL (EM HORAS)

00:00

5.4. 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
- Ou Outros. Especifique:

AMBIENTE(S) DE EXPOSIÇÃO

TEMPO DE EXPOSIÇÃO SEMANAL (EM HORAS)

00:00

ATIVIDADES E OPERAÇÕES PERIGOSAS COM RADIAÇÕES IONIZANTES OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS

Nesta situação, o servidor deverá apresentar, cumulativamente:

1. 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;
2. 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;
3. Designação por Portaria do Diretor do órgão onde o servidor tenha exercício para operar direta e habitualmente com raios-x ou substâncias radioativas; e
4. 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

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

00:00

ATIVIDADES E OPERAÇÕES PERIGOSAS

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

5.5. 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:

5.6. 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, ainda, 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 (caso haja): _____

Local e Data _____, ___/___/___

Assinatura ou Rubrica e Carimbo da Chefia Imediata

CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA CHEFIA SUPERIOR

Estou 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 estão sujeitas às 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: (i) art. 9º 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; (ii) 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; e (iii) 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)



Documento assinado eletronicamente por **SYLVIO MÁRIO PUGA FERREIRA, Presidente**, em 07/05/2021, às 17:15, conforme horário oficial de Manaus, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufam.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0532047** e o código CRC **F7F00802**.

Avenida General Rodrigo Octávio, 6200 - Bairro Coroado I Campus Universitário Senador Arthur Virgílio Filho, Prédio Administrativo da Reitoria (2º andar), Setor Norte - Telefone: (92) 3305-1498
CEP 69080-900, Manaus/AM, sgc@ufam.edu.br

Referência: Processo nº 23105.000406/2019-38

SEI nº 0532047