

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ADICIONAL****DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES****TÉCNICO ADMINISTRATIVO**

Selecione uma das opções abaixo. Solicitação de Concessão de:

 ADICIONAL DE INSALUBRIDADE ADICIONAL DE PERICULOSIDADE ADICIONAL DE IRRADIAÇÃO IONIZANTE GRATIFICAÇÃO POR TRABALHOS COM RAIOS-X OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS**1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)**

Nome Completo:

Cargo:

Matrícula SIAPE:

Ambiente(s) de Trabalho:

**2. ESTRATIFICAÇÃO DO TEMPO DE EXPOSIÇÃO**

Preencha o quadro abaixo, informando a carga horária de exposição semanal em ambiente avaliado como Insalubre ou Perigoso, conforme Laudo Técnico Ambiental atual de seu Campus:

<b>ESTRATIFICAÇÃO DAS HORAS SEMANAIS</b>	<i>Exemplo</i>	<b>CH Semanal</b>
Carga horária de trabalho efetivo SEM CONTATO com agentes físicos, químicos ou biológicos (realização de atividades administrativas e/ou utilizando computador)	4	
Carga horária de trabalho efetivo e atividades práticas EM CONTATO com AGENTE FÍSICO	0	
Carga horária de trabalho efetivo e atividades práticas EM CONTATO com AGENTE QUÍMICO	0	
Carga horária de trabalho efetivo e atividades práticas EM CONTATO com AGENTE BIOLÓGICO	4	
Carga horária de trabalho efetivo e atividades práticas COM EXPLOSIVOS	0	
Carga horária de trabalho efetivo e atividades práticas COM LÍQUIDOS INFLAMÁVEIS	0	
Carga horária de trabalho efetivo e atividades práticas COM VIOLÊNCIA FÍSICA (VIGILÂNCIA)	0	
Carga horária de trabalho efetivo e atividades práticas COM ELETRICIDADE (SEP-Sistema Elétrico de Potência)	0	
Carga horária de trabalho efetivo e atividades práticas COM IRRADIAÇÃO IONIZANTE	0	
Carga horária de trabalho efetivo e atividades práticas COM RAIOS-X ou SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS	0	
OUTRAS ATIVIDADES NÃO DESCRITAS ACIMA. Necessário especificar a carga horária e justificar nas linhas abaixo:		
<b>Somatório da carga horária</b>		

Outras atividades: \_\_\_\_\_

**Obs 1.: O total de horas informado em cada coluna deverá coincidir com o total de horas da jornada SEMANAL de trabalho do(a) Servidor(a).****Obs. 2: Caso o tempo de exposição ocorra apenas uma vez por mês, por exemplo, deverá ser preenchida a quantidade de horas de exposição em apenas uma coluna semanal e assim sucessivamente.**



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ADICIONAL

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES

TÉCNICO ADMINISTRATIVO



**3. DESCRIÇÃO SUCINTA APENAS DAS ATIVIDADES INSALUBRES / PERIGOSAS / ENVOLVENDO FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE / TRABALHOS COM RAIOS-X OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS**

Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas acima e declaro estar ciente das penalidades cabíveis (previstas no art. 299 do Código Penal) nos casos de inserção de declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita neste formulário, com o fim de criar obrigação ou alterar a verdade. Declaro estar ciente de que as informações contidas neste formulário são passíveis de verificação. Declaro estar ciente de que este formulário não é, por si só, instrumento de concessão de adicional ou de gratificação ocupacional. Declaro ter ciência de que na hipótese de remoção para outro local de trabalho ou quando cessado os riscos nocivos à saúde haverá suspensão do adicional ou gratificação percebida, conforme regulamentado pela legislação pertinente. Declaro, por fim, que tenho ciência que, no caso de servidora, há obrigatoriedade de comunicação de início de gestação ao Setor de Saúde e Segurança do Servidor (SESSS).

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do(a) Servidor(a) Solicitante

**4. PARECER DO SUPERIOR HIERÁRQUICO (CHEFE IMEDIATO)**

Declaro que li e que estou ciente das informações prestadas pelo servidor acima especificado. Declaro estar ciente de que é de minha responsabilidade informar à Diretoria de Gestão de Pessoas qualquer alteração dos riscos aos quais o servidor acima identificado estiver exposto, de acordo com o artigo 16 da Orientação Normativa n.º 04 do MPOG/SEGEP, de 14 de fevereiro de 2017.

Assinatura do(a) **Chefe Imediato(a)**:

Chefia Imediata (Assinatura)	Carimbo	Data
		____/____/____

Assinatura do(a) **Dirigente da Unidade**:

Dirigente Geral da Unidade (Assinatura)	Carimbo	Data
		____/____/____



## FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ADICIONAL

### DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES

#### TÉCNICO ADMINISTRATIVO



**Esclarecimento:** Para efeito de caracterização de atividade insalubre são considerados “Riscos Ambientais”, de acordo com as Normas Regulamentadoras da Portaria nº3.214/78 do MTE, os seguintes agentes nocivos para a saúde:

**Agente Físico:** ruído; vibração; temperaturas extremas (frio, calor); radiação ionizantes e não ionizantes; umidade; condições hiperbáricas.

**Agente Químico:** Névoas, vapores, neblinas, gases, substâncias químicas tóxicas ou compostos químicos de natureza tóxica.

**Agente Biológico:** Bactérias, vírus, protozoários, bacilos e/ou outros tipos de microorganismos infectantes transmissores de doenças.