



FICHA DE DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES LABORAIS COM PRODUTO QUÍMICO

Ficha nº _____

As informações dadas abaixo serão consideradas como um sumário das atividades do servidor em que há possibilidade de exposição a agentes químicos. As informações serão utilizadas para conduzir as ações de saúde e segurança do Setor de Segurança e Saúde do Servidor (SESSS). Assim, solicitamos atenção no preenchimento dos campos e fidelidade das informações à realidade existente nos laboratórios e à realidade das atividades desenvolvidas. Esta ficha deve ser entregue junto com a Declaração de Atividades.

Obs: Preencher fichas para um número máximo de **cincoproductos químicos mais utilizados** no laboratório.

1. LABORATÓRIO

2. IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTO QUÍMICO

Nome (incluir sinônimos)

Número CAS:

☐

Não se aplica

Grau de pureza do produto:

☐

Não se aplica

Concentração da solução final (caso haja diluição):

☐

Não se aplica

3. A MANIPULAÇÃO/UTILIZAÇÃO DESTE PRODUTO É FEITA CONCOMITANTEMENTE COM OUTROS PRODUTOS?

☐ SIM ☐ NÃO Se sim, listar:

4. NATUREZA FÍSICA DO PRODUTO

☐ Sólido Especificação:

☐ Líquido

☐ Vapor, gás ou aerossol Especificação:

Especificação: Sólido finamente dividido, sólido em bloco, sólido em escamas, sólido granulado, fumos metálicos, gás liquefeito, etc.

5. QUANTIDADE UTILIZADA OU MANIPULADA

Sólidos

☐ Pequena () gramas (pequenos recipientes)

☐ Média () quilos (sacas ou tambores)

Líquidos

☐ Pequena () mililitros (garrafas, balões volumétricos)

☐ Média () litros (tambores)

6. A MANIPULAÇÃO/UTILIZAÇÃO DO PRODUTO É UM PROCEDIMENTO

☐ Habitual ☐ Permanente ☐ Esporádico ou eventual

Habitual: procedimento realizado durante **todos os dias de trabalho normal**, ou seja, durante todos os dias da jornada normal de trabalho.

Permanente: procedimento realizado pelo servidor durante o exercício de **todas as suas funções**. A realização do procedimento é **indissociável** da prestação de todos os serviços do servidor.

Esporádico ou eventual: acontecimento fortuito, previsível ou não. Procedimentos programados para apenas um ou mais dias da semana, mas que não compreendem todos os dias de trabalho normal.

7. SE A MANIPULAÇÃO/UTILIZAÇÃO É UM PROCEDIMENTO HABITUAL, ELE É REALIZADO:

☐ Uma única vez, dentro de um mesmo dia ou período trabalhado

☐ Repetidas vezes, dentro de um mesmo dia ou período trabalhado



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO PARÁ
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
SETOR DE SEGURANÇA E SAÚDE DO SERVIDOR



8. TEMPO EFETIVO DE CONTATO COM O PRODUTO QUÍMICO DURANTE SUA UTILIZAÇÃO (AO PESAR, FRACIOSAR, DISSOLVER, ETC.)

() minutos

9. TEMPO EFETIVO DE CONTATO COM A SOLUÇÃO FINAL, CASO HAJA DILUIÇÃO

() minutos

☐ Não se aplica

10. DESCRIÇÃO DETALHADA DO(S) PROCESSO(S) QUE UTILIZA(M) O PRODUTO QUÍMICO/SOLUÇÃO (PARA UM ÚNICO PRODUTO/SOLUÇÃO)

Especificar	Quantidades, métodos utilizados; protocolos (caso existam); produtos formados; condições em que se realizam o processo (temperatura, pressão, etc.) e demais informações pertinentes.
Especificar	Em caso de projetos de pesquisa: cronograma de atividades em laboratório, discentes, docentes e técnicos de laboratório envolvidos.

11. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO (CAPELAS, CHUVEIROS E LAVA-OLHOS DE EMERGÊNCIA, MÁSCARAS, LUCAS, AVENTAIS, ÓCULOS DE PROTEÇÃO, ETC.) EXISTENTES NO LABORATÓRIO. ESPECIFICAR.

DECLARAÇÃO

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).

Servidor (Assinatura)	Carimbo	Data
		___/___/___

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.

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