

	SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL DIRETORIA DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA	FORMULÁRIO <i>(Adicional Ocupacional)</i>

SOLICITAÇÃO DE CONCESSÃO DOS ADICIONAIS DE INSALUBRIDADE, PERICULOSIDADE, IRRADIAÇÃO IONIZANTE E GRATIFICAÇÃO DE RAIOS-X OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS.

01. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

1.1. Nome:	Mat. SIAPE:
1.2. Unidade de Lotação:	
1.3. Subunidade de Exercício:	
1.4. Regime de trabalho (horas semanais):	
1.5. Cargo/Emprego:	Função:
1.6. Email:	Fones:
1.7. Nome do gestor da unidade administrativa:	

02. IDENTIFICAÇÃO DOS AMBIENTES DE TRABALHO (Que pode caracterizar adicional ocupacional).

2.1 Posto de Trabalho

IDENTIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO SUCINTA DA ATIVIDADE	TEMPO DE EXPOSIÇÃO		
		Horário	Dias da Semana	Horas Semanais
①				
②				
③				
2.2 Tempo total da exposição nos ambientes: ① + ② + ③ (horas semanais).				

2.3 Tipos de risco exposto: Biológico: (vírus, bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários etc.)
 Químico: (Produtos químicos, gases, vapores, fumos, neblinas, poeiras, etc.)
 Físico: (ruído, temperatura, umidade, radiação ionizante e não ionizante, etc.)

2.4 Agentes nocivos à saúde: _____

2.5 Fontes geradoras: _____

2.8 Adicional solicitado: Insalubridade Periculosidade Radiação ionizante
 Gratificação de raios X ou substâncias radioativas

Data ou Período: _____

2.9 Existe Laudo do ambiente: NÃO SIM (nº/ano): ____/____ (Anexar copia)

2.10 Nome do chefe imediato:



03. EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI UTILIZADOS

- Luva Máscara Jaleco Gorro Óculos de segurança Sapato de Segurança

Outros (Especificar). _____

04. PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE

- Fez exame médico adimensional Sim (Data: ___ / ___ / ___) Não

- Fez o último exame médico periódico Sim (Data: ___ / ___ / ___) Não

➤ Outros (Especificar). _____

05. OUTRAS INFORMAÇÕES.

06. OBSERVAÇÕES

Para os docentes, também deverá ser informado pela sua Unidade Administrativa o **Plano Acadêmico** com suas atividades docentes, no período em que for solicitado o adicional ocupacional, a fim de que se possa verificar os dias, horários, locais e carga horária semanal alocada nas suas atividades.

ORIENTAÇÃO NORMATIVA Nº 2 DE 19/02/2010 – MPOG/SRH.

Art. 11. É responsabilidade do **gestor da unidade administrativa** informar à área de recursos humanos quando houver alteração dos riscos, que providenciará a adequação do valor do adicional, mediante elaboração de novo laudo.

Art. 12. 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.

Art. 13. Os **dirigentes** dos órgãos da Administração Federal Direta, das autarquias e suas fundações, promoverão as medidas necessárias à redução ou eliminação dos riscos, bem como a proteção contra os respectivos efeitos.

Declaro que as informações prestadas neste requerimento são a expressão da verdade.

Em, / /

Assinatura do Servidor

Assinatura do Chefe Imediato

Assinatura do Gestor da
Unidade Administrativa