

	<b>SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL</b> <b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ</b> <b>PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO E GESTÃO DE PESSOAL</b> <b>DIRETORIA DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA</b>	<b>FORMULÁRIO</b> <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