

REQUERIMENTO DE ADICIONAIS OCUPACIONAIS – REAO

REQUERIMENTO

Magnífica Reitora da UFSB, o servidor abaixo especificado vem requerer nos termos dos artigos 68, 69 e 70 da Lei 8.112/90, a concessão do adicional de:

☐ **INSALUBRIDADE** ☐ **PERICULOSIDADE** ☐ **EXPOSIÇÃO A RAIOS-X/SUBSTÂNCIA RADIOATIVA**

conforme as atividades descritas neste Formulário, em observância a Orientação Normativa vigente que orienta a Administração Pública sobre a concessão do adicional ocupacional.

DECLARAÇÃO

Afirmo ainda, que a presente declaração é verdadeira, 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.

Nome:

Matrícula SIAPE:

CPF:

RG:

UORG de Lotação:

UORG de Exercício:

Cargo:

Nível/Padrão:

Função:

Cargo de Direção (CD) ou Função Gratificada (FG):

Jornada de Trabalho: (Caso esteja em jornada flexibilizada, anexar a portaria de comprovação)

☐ 20 h ☐ 30 h ☐ 40 h
☐ Outra (especificar):

Campus de Exercício:

Local de Trabalho:

Telefone:

E-mail:

Tipo de requerimento:

☐ Concessão

☐ Revisão

Documentação necessária para instruir o processo:

1. Requerimento de Adicionais Ocupacionais preenchida;
2. Cópia* de parte do Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT) coletivo onde consta o Setor e a função periciada;
3. Cópia* da Portaria de Lotação do Servidor;
4. Cópia* do Plano Individual de Trabalho (PIT) do servidor docente, com a indicação da disciplina, curso e a respectiva carga horária, devidamente aprovado pelo decanato.
5. Cópia do Relatório Individual de Trabalho (RIT) do servidor docente
6. Caso desenvolva Projeto de Pesquisa, anexar a cópia* do Registro do Projeto no local de lotação do servidor, devendo conter o período/duração do projeto, carga horária, devidamente aprovado pelo decanato.

(*As cópias dos documentos deverão vir acompanhadas com o termo “confere com original”, constando a identificação do servidor que atestou a cópia, tais como: nome completo e Matrícula SIAPE).

REQUERIMENTO DE ADICIONAIS OCUPACIONAIS – REAO

RIA – REGISTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATIVIDADES EXERCIDAS

EM CONDIÇÕES DE INSALUBRIDADE E/OU PERICULOSIDADE

Marcar o que se está solicitando:

☐ **INSALUBRIDADE**

☐ **PERICULOSIDADE**

☐ **RADIAÇÃO IONIZANTE**

☐ **GRATIFICAÇÃO DE RAIOS X OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS**

01 Descrever um breve relato sobre a natureza ou o tipo de trabalho que é realizado pelo servidor acima identificado:

02 Assinale se durante o trabalho executado ocorre exposição de V.S^a aos fatores de **riscos físicos**, abaixo mencionados:

- ☐ Ruído elevado ☐ Vibração ☐ Raio - X ou Substâncias radioativas ☐ Temperaturas extremas (Calor ou Frio)
☐ Umidade ☐ Radiação Ionizante ☐ Radiação não ionizante do tipo laser, microondas ou ultra-violeta

03 Quanto aos **riscos químicos**, assinale os tipos de produtos químicos que são manipulados por V.S^a durante as atividades de trabalho:

- ☐ Ácido Acético ☐ Ácido Bromídrico ☐ Ácido Clorídrico ☐ Ácido Fórmico ☐ Ácido Fosfórico ☐ Ácido Fluorídrico
☐ Ácido Nítrico ☐ Ácido Oxálico ☐ Ácido Pírico ☐ Ácido Sulfúrico ☐ Defensivo Organofosforado ☐ Éter
☐ Formaldeído ☐ Graxas e Óleos ☐ Hidrocarbonetos Aromáticos ☐ Solventes
☐ Outros Produtos Químicos (favor especificar no campo 15)

04 Assinale os tipos de **riscos biológicos** com os quais V.S^a tem contato ou exposição durante as atividades de trabalho:

- ☐ Galerias de Esgotos ☐ Bovino ☐ Caprino ☐ Equino ☐ Sangue ☐ Trabalho Realizado em Estábulo ou Currais
☐ Outros Tipos de Animais ☐ Saliva ☐ Peças Anatômicas ou Cadáveres Humanos ☐ Meios de Cultura
☐ Contato com Microorganismos Infectantes ☐ Material Infectocontagante ou Contaminado
☐ Realização de Exames Parasitológicos, Microbiológicos ou Bioquímicos
☐ Contato com Pacientes em Hospitais, Ambulatórios, Serviço de Emergência, Enfermarias, Outros
☐ Outros Tipos de Riscos Biológicos (favor especificar no campo 15)

REQUERIMENTO DE ADICIONAIS OCUPACIONAIS – REAO

05	Assinale as atividades e operações perigosas presentes nas atividades de trabalho:	
<input type="checkbox"/> Atividades e Operações Perigosas com Explosivos <input type="checkbox"/> Operações Perigosas com Inflamáveis <input type="checkbox"/> Ativ. e Oper. Perigosas com Exposição a Roubos ou Outras Espécies de Violência Física (para o cargo de Vigilante) <input type="checkbox"/> Atividades e Operações Perigosas com Energia Elétrica (Alta e baixa tensão) <input type="checkbox"/> Atividades Perigosas em Motocicleta (Em vias públicas) <input type="checkbox"/> Ativ. e Oper. Perigosas com Radiações Ionizantes ou Substâncias Radiotivas (Nas atividades elencadas na NR-16)		
06	Assinale os tipos de riscos de acidentes presentes nas atividades de trabalho:	
<input type="checkbox"/> Mobiliário Inadequado <input type="checkbox"/> Iluminação Inadequada <input type="checkbox"/> Animais Peçonhentos <input type="checkbox"/> Acidentes com Animais <input type="checkbox"/> Choque Elétrico ao Manusear Máquinas e Equipamentos <input type="checkbox"/> Corte ao Manusear Ferramentas e Instrumentos Perfuro Cortante		
07	Com que frequência ocorre exposição aos fatores de riscos assinalados acima, durante a jornada de trabalho:	
<input type="checkbox"/> Não há Exposição a Nenhum dos Tipos de Riscos Mencionados <input type="checkbox"/> Ocorre uma Exposição Eventual, Ocasional ou Esporádica <input type="checkbox"/> Ocorre uma Exposição Permanente (Constante, durante toda a jornada de trabalho) <input type="checkbox"/> Ocorre uma Exposição Habitual (Tempo superior a metade da jornada de trabalho semanal)		
08	Descrição da carga horária semanal, das atividades executadas durante a jornada de trabalho:	TOTAL DE HORAS SEMANAIS
8.1 – Carga horária de trabalho sem envolver exposição a agentes de risco físico, químico ou biológico:		
8.2 – Carga horária de trabalho ou atividade prática envolvendo contato a agente de risco físico conforme assinalado no campo 02:		
8.3 – Carga horária de trabalho ou atividade prática envolvendo contato com agente de risco químico conforme assinalado no campo 03:		
8.4 – Carga horária de trabalho ou atividade prática envolvendo contato com agente de risco biológico conforme assinalado no campo 04:		
8.5 – Carga horária envolvendo atividades e operações perigosas conforme assinalado no campo 05:		
8.6 – Carga horária de trabalho com exposição a Raio X ou substâncias radioativas :		
8.7 – Carga horária de trabalho ou atividade prática envolvendo, simultaneamente , exposição a agente de risco químico e agente de risco biológico em laboratório : (Ex: Lab. de Anatomia; Análises Clínicas; Bioquímica; etc.)		
8.8 – Outros casos – favor especificar a carga horária correspondente e justificar no campo 10 :		
8.9 – Somatório da carga horária de trabalho (coincidir com Jornada de Trabalho (20, 30 ou 40h semanais):		

REQUERIMENTO DE ADICIONAIS OCUPACIONAIS – REAO

09	Se docentes, indicar a distribuição da carga horária semanal para as atividades:	TOTAL DE HORAS SEMANAIS
9.1	Atividades Administrativas (preparação de aulas teóricas, correção de provas, reuniões, uso de computador, etc.)	
9.2	Atividades de Ensino (aulas teóricas)	
9.3	Atividades de Ensino (aulas práticas)	
9.4	Atividades de Pesquisa (aprovado pelo decanato)	
9.5	Outras atividades (especificar):	
10	Esclarecer qualquer condição de trabalho ou atividade praticada que seja diferente das condições mencionadas no campo 08:	
11	Se docente, informar o título das disciplinas lecionadas que envolvem práticas onde ocorre o contato e exposição com agentes nocivos de riscos para a saúde, bem como o número de aulas práticas lecionadas, semanalmente, com a correspondente carga horária:	
12	Informar o nome do local de trabalho ou ambiente (laboratório, clínica, enfermaria, oficina, estábulo, etc.) onde é realizado a atividade que envolve o contato com risco nocivo para a saúde, e <u>esclarecer como ocorre a forma de contato ou exposição com o agente de risco, que possa vir a justificar a condição de insalubridade ou periculosidade:</u>	

REQUERIMENTO DE ADICIONAIS OCUPACIONAIS – REAO

13	Explicitar qual é o agente de risco ambiental que é motivador ou preponderante, durante o trabalho realizado, que possa ensejar a <u>caracterização</u> da condição de insalubridade ou periculosidade.
14	Considerando que, para ser caracterizada uma condição insalubre ou perigosa, é necessário que o tempo de exposição ao principal agente de risco seja superior à metade da jornada de trabalho , solicitamos explicitar qual é a carga horária semanal de exposição em que ocorre o contato com o agente nocivo mencionado acima. Fazer uma justificativa da resposta.

REQUERIMENTO DE ADICIONAIS OCUPACIONAIS – REAO**15**

Informações complementares: mencionar se existem meios de proteção coletiva ou se há fornecimento de EPIs – Equipamento de Proteção Individual.

16

Em caso de solicitação de revisão, descreva minuciosamente a condição motivadora, apresentando os motivos e as evidências que justifiquem a necessidade de nova análise.

Observações/Orientações:

ATENÇÃO!

OBS₁.: O PREENCHIMENTO INCOMPLETO, INCORRETO OU INDEVIDO DE QUALQUER UM DOS CAMPOS DESTES FORMULÁRIO ACARRETERÁ O CANCELAMENTO DO MESMO, SENDO NECESSÁRIO QUE O SERVIDOR INTERESSADO INSIRA UM NOVO FORMULÁRIO.

OBS₂.: O SERVIDOR INTERESSADO DEVERÁ RESPONDER DE FORMA EXPLÍCITA, CLARA E CONGRUENTE O QUE DESEJA SOLICITAR; O SERVIDOR DEVERÁ INFORMAR DE FORMA DETALHADA E PRECISA TODAS AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS.

1. No caso de **trabalhos com Raio-X** deve-se anexar ao processo a **Portaria de Designação** emitida pelo dirigente do órgão onde tenham exercício para operar direta e habitualmente com raios-x ou substâncias radioativas, conforme estabelece o *Art. 8º, II, da Instrução Normativa SGP/SEGGG /ME Nº 15, DE 16 DE MARÇO DE 2022*.
2. A solicitação de revisão deverá ser formalmente justificada e apresentada sempre que houver alterações significativas nas condições ambientais de trabalho ou nas atividades executadas. Requerimentos sucessivos que não apresentarem fundamentação técnica serão indeferidos e arquivados.
3. Para fins de manutenção do adicional ocupacional, fica estabelecida a obrigatoriedade de envio, no início de cada semestre letivo, do Plano Individual de Trabalho (PIT) e do Relatório Individual de Trabalho (RIT) (do semestre anterior) pelos docentes beneficiários. A não apresentação dentro do prazo estipulado implicará na suspensão administrativa do pagamento do adicional, até a devida regularização documental.

17

Declaramos que são verdadeiras as informações prestadas neste formulário e que, assumimos inteira responsabilidade pelas mesmas, como signatários deste documento, nos termos do Art. 17, da ON Nº 02/2013.

Declaramos, ainda que, as informações prestadas expressam a verdade, estando ciente de que em caso de irregularidade, será instaurada sindicância ou processo administrativo disciplinar, nos termos do Art. 143 da Lei 8.112/90, assim como, estaremos sujeitos às penas de responsabilidade administrativa, civil e penal, conforme Art. 299 do Código Penal Brasileiro (falsidade ideológica).

Anuências

Data: / /

Assinatura Servidor

Assinatura
Chefe Imediato

Assinatura
Chefe Mediato