

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:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> INSALUBRIDADE | <input type="checkbox"/> PERICULOSIDADE |
| <input type="checkbox"/> RADIAÇÃO IONIZANTE | <input type="checkbox"/> 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:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ruído elevado | <input type="checkbox"/> Vibração | <input type="checkbox"/> Raio - X ou Substâncias radioativas | <input type="checkbox"/> Temperaturas extremas (Calor ou Frio) |
| <input type="checkbox"/> Umidade | <input type="checkbox"/> Radiação Ionizante | <input type="checkbox"/> 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:

- | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ácido Acético | <input type="checkbox"/> Ácido Bromídrico | <input type="checkbox"/> Ácido Clorídrico | <input type="checkbox"/> Ácido Fórmico | <input type="checkbox"/> Ácido Fosfórico | <input type="checkbox"/> Ácido Fluorídrico |
| <input type="checkbox"/> Ácido Nítrico | <input type="checkbox"/> Ácido Oxálico | <input type="checkbox"/> Ácido Pícrico | <input type="checkbox"/> Ácido Sulfúrico | <input type="checkbox"/> Defensivo Organofosforado | <input type="checkbox"/> Éter |
| <input type="checkbox"/> Formaldeído | <input type="checkbox"/> Graxas e Óleos | <input type="checkbox"/> Hidrocarbonetos Aromáticos | | <input type="checkbox"/> Solventes | |
| <input type="checkbox"/> 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:

- | | | | | | |
|---|---------------------------------|---|--|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Galerias de Esgotos | <input type="checkbox"/> Bovino | <input type="checkbox"/> Caprino | <input type="checkbox"/> Equino | <input type="checkbox"/> Sangue | <input type="checkbox"/> Trabalho Realizado em Estábulos ou Currais |
| <input type="checkbox"/> Outros Tipos de Animais | | <input type="checkbox"/> Saliva | <input type="checkbox"/> Peças Anatômicas ou Cadáveres Humanos | | <input type="checkbox"/> Meios de Cultura |
| <input type="checkbox"/> Contato com Microorganismos Infectantes | | <input type="checkbox"/> Material Infectocontagiente ou Contaminado | | | |
| <input type="checkbox"/> Realização de Exames Parasitológicos, Microbiológicos ou Bioquímicos | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Contato com Pacientes em Hospitais, Ambulatórios, Serviço de Emergência, Enfermarias, Outros | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 Atividades e <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) Atividades e Operações <input type="checkbox"/> 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

		TOTAL DE HORAS SEMANAIS
09	Se docentes, indicar a distribuição da carga horária semanal para as atividades:	
	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</u> , que possa vir a justificar a condição de insalubridade ou periculosidade:	

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 caracterização 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 DESTE FORMULÁRIO ACARRETARÁ 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