



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MATO GROSSO
DIRETORIA SISTÊMICA DE GESTÃO DE PESSOAS

FORMULÁRIO – DESCRIÇÃO DE AGENTES QUÍMICOS

O servidor deverá preencher este formulário se tiver exposto a AGENTES QUÍMICOS nas atividades laborais. As informações serão utilizadas pela equipe de Segurança e Saúde do Trabalho para avaliar o ambiente de trabalho, considerando a situação individual do servidor. Para cada agente químico exposto, preencher este FORMULÁRIO. Se o espaço não couber, anexar folhas, devidamente assinadas pelo Servidor, Chefia Imediata e Diretor do Campus.

1. Dados do produto(s) químico(s):

1.1. Local de manipulação/utilização do produto químico (capela, bancada, etc):

1.2. Nome do agente químico:

1.3. A manipulação/utilização do produto é feita concomitantemente com outros produtos:

[] Não. [] Sim. (Listar os produtos químicos):

—

—

1.4. Forma de contato (via respiratória, pele ou por ingestão):

1.5. Natureza física do produto (sólido, líquido, vapor, gás ou aerossol):

1.6. Quantidade utilizada ou manipulada (grama, quilos, milímetros, litros, etc.):



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MATO GROSSO
DIRETORIA SISTÊMICA DE GESTÃO DE PESSOAS

1.7. Frequência do contato (quantas vezes na semana):

1.8. Local de utilização (capela, bancada, etc):

1.9. Duração do contato (**horas/semana**) de exposição com o produto químico durante a sua utilização (ao pesar, fracionar, dissolver etc):

1.10. A manipulação/utilização do produto é um procedimento:

Permanente Habitual Esporádico ou eventual

OBS: Considerar a caracterização de exposição eventual ou esporádica, habitual e permanente de acordo com o art. 9 da **Orientação Normativa nº 6, de 18 de março de 2013**. (Vide no “MANUAL DE PROCEDIMENTOS”)

1.11. Descrever **a(s) atividade(s)** que gera exposição ao **agente químico** citado.

OBS: Se DOCENTE, apresentar anexo a este formulário o **Plano de Trabalho Docente (PTD)**, comprovando as suas atividades descritas neste.

2. Citar o EPI/EPC* ou outras medidas de controles utilizadas nestas atividades:

EPI – Equipamentos de Proteção Individual. EPC – Equipamentos de Proteção Coletiva.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MATO GROSSO
DIRETORIA SISTÊMICA DE GESTÃO DE PESSOAS

3. Estas atividades são atribuições do seu cargo efetivo?

() Sim.

() Não se aplica.

DECLARAÇÃO

Declaro que as informações prestadas expressam a verdade, estando ciente de que em caso de irregularidades/falsidade de informações, assumo total responsabilidade das penalidades previstas (civil, administrativo e penal) nos termos do art. 17, da Orientação Normativa nº 06 de 2013 – SRH/MPOG, Lei 8.112 de 11 de dezembro de 1990 e art. 299 do Código Penal Brasileiro. Declaro ter ciência de que na hipótese de cessação dos riscos nocivos que estou exposto haverá a suspensão do adicional e gratificação percebida conforme regulamentado pela legislação pertinente.

Declaro, por fim, que tenho ciência de que no caso de servidora gestante, há a obrigatoriedade de comunicação de início de gestação a Diretoria Sistêmica de Gestão de Pessoas.

Local: _____ Data: ___/___/_____

Assinatura do servidor

Ciente e de acordo:

Data: ___/___/_____

Assinatura do Chefe Imediato (com carimbo)

Data: ___/___/_____

Assinatura do Diretor do Campus (com carimbo)