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.):

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 n° 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.

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 n° 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 inicio 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)