



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

**SOLICITAÇÃO DE ADICIONAIS - INSALUBRIDADE/PERICULOSIDADE/IRRADIAÇÃO IONIZANTE e GRATIFICAÇÃO DE RAIOS-X ou SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS**

Este formulário tem o **OBJETIVO GERAL** de descrever as atividades dos servidores e ambientes dos setores de trabalho para auxiliar na emissão de laudo técnico e concessão de adicional de insalubridade, periculosidade e gratificação de raio-X ou substâncias radioativas em observância a Orientação Normativa MP/SEGEP nº 06/2013.

<b>01. Dados do(a) Servidor(a):</b>	
Nome Completo:	
CPF:	Matrícula SIAPE:
Email:	Fone:
Campus de Exercício:	
Setor de Lotação/Exercício/Localização:	
Cargo:	Função:
Cargo de Direção ou Chefia:	
[ ] Não      [ ] Sim. Qual? _____	
Jornada Semanal do Servidor:	
[ ] 20h      [ ] 40 h	
Assinalar o que se aplica:	
[ ] Docente      [ ] Técnico Administrativo	

**02. Requerimento:**



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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adicional de insalubridade                        | <input type="checkbox"/> Revisão do adicional   |
| <input type="checkbox"/> Adicional de periculosidade                       | <input type="checkbox"/> Suspensão do adicional |
| <input type="checkbox"/> Adicional de radiação ionizante                   | <input type="checkbox"/> Outro: _____           |
| <input type="checkbox"/> Gratificação de raio-X ou substâncias radioativas |   |

**Justificativa:**

**03.** Descrever um breve relato sobre o tipo de trabalho e tarefas que são realizadas pelo solicitante:

**04.** Durante a jornada de trabalho ocorre **exposição habitual\*** aos **AGENTES FÍSICOS** abaixo?  
(Assinalar o que ocorre)

- |                                |   |  |
|--------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ruído | <input type="checkbox"/> Umidade                        | <input type="checkbox"/> Radiação Ionizante/ Raio – X/ Substâncias Radioativas       |
| <input type="checkbox"/> Calor | <input type="checkbox"/> Vibração                       | <input type="checkbox"/> Radiação Não – Ionizante (laser, micro-ondas, ultravioleta) |
| <input type="checkbox"/> Frio  | <input type="checkbox"/> Outros ( <i>citar</i> ): _____ |  |

**4.1.** Informar o nome do local de trabalho ou ambiente (laboratório, sala, etc.) onde são realizadas as atividades que envolvem o contato com os agentes assinalados acima, **esclarecer** como ocorre a **forma de contato ou exposição** com o agente e o número de horas da jornada de trabalho semanal que possa vir a justificar condição de insalubridade:

**4.2.** Estas atividades são atribuições do seu cargo efetivo?  Sim  Não

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



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

**\*Exposição habitual:** De acordo com o art.9º, inciso II da ON nº 6, de 18/03/2013 do MPOG, é aquela em que o servidor submete-se a circunstâncias ou condições insalubres ou perigosas como atribuição legal do seu cargo por tempo **igual** ou **superior** à **metade** da jornada de trabalho mensal;

**\*\*EPI/EPC:** Equipamento de Proteção Individual/Equipamento de Proteção Coletiva.

**05. Durante a jornada de trabalho ocorre exposição habitual aos AGENTES QUÍMICOS?**

[  ] Sim. (Preencher “FORMULÁRIO – AGENTES QUÍMICOS” para cada agente químico exposto, devidamente assinado pelo Servidor, Chefia Imediata e Diretor do Campus.)

[  ] Não.

**06. Durante a jornada de trabalho ocorre exposição habitual\* aos AGENTES BIOLÓGICOS abaixo? (Assinalar o que ocorre)**

[  ] Contato com pacientes em isolamento por doenças infectocontagiosas, bem como objetos de seu uso, não previamente esterilizados.

[  ] Contato com partes e/ou secreções de animais portadores das doenças infectocontagiosas: carbunculose, brucelose, tuberculose.

[  ] Trabalho em esgotos (galerias e tanques).

[  ] Trabalho com resíduos urbanos, industriais e hospitalares.

[  ] Trabalhos e operações com pacientes ou com material infectocontagante, em hospitais, serviços de emergência, enfermarias, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana (aplica-se unicamente ao pessoal que tenha contato com os pacientes, bem como aos que manuseiam objetos de uso desses pacientes, não previamente esterilizados).

[  ] Atividade de exumação de corpos em cemitérios.

[  ] Gabinetes de autópsias, de anatomia e histoanatomopatologia.

[  ] Contato direto animais em hospitais, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados ao atendimento e tratamento de animais.

[  ] Contato com animais destinados ao preparo de soro, vacinas e outros produtos, em laboratórios.

[  ] Trabalho em estábulos e cavalariças.

[  ] Contato com resíduos de animais deteriorados.

[  ] Outros tipos de riscos biológicos (*Citar*):

**6.1. Informar o nome do local de trabalho ou ambiente (laboratório, sala, etc.) onde são realizadas as atividades que envolvem o contato com os agentes assinalados acima, esclarecer como ocorre a forma de contato ou exposição com o agente e o número de horas da jornada de trabalho semanal que possa vir a justificar condição de insalubridade:**



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

6.2. Estas atividades são atribuições do seu cargo efetivo?  Sim  Não

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

07. Durante a jornada de trabalho ocorre **exposição habitual\*** aos **fatores de PERICULOSIDADE** abaixo? (Assinalar o que ocorre)

Explosivos. Quantidade: \_\_\_\_\_  Eletricidade  
 Inflamáveis. Quantidade: \_\_\_\_\_  Segurança pessoal ou patrimonial  
 Radiação Ionizante/Raio – X/ Substâncias Radioativas  Outros  
(Citar): \_\_\_\_\_

7.1. Informar o nome do local de trabalho ou ambiente (laboratório, sala, etc.) onde são realizadas as atividades que envolvem o contato com os fatores assinalados acima, **esclarecer** como ocorre a **forma de contato ou exposição** com o fator e o número de horas da jornada de trabalho semanal que possa vir a justificar condição de periculosidade:

7.2. Estas atividades são atribuições do seu cargo efetivo?  Sim  Não

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

08. Resumo da carga horária semanal do servidor conforme informados nos itens 4, 5, 6 e 7;	Total de horas semanais
Carga horária de trabalho predominantemente administrativa, atividades em que não haja contato com agentes físicos, químicos ou biológicos e fatores perigosos	



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

(Ex: aulas teóricas, atividades administrativas, elaboração de aulas e provas, etc.):	
Carga horária de trabalho e/ou atividade prática em contato com <b><u>agente físico:</u></b>	
Carga horária de trabalho e/ou atividade prática em contato com <b><u>agente químico:</u></b>	
Carga horária de trabalho e/ou atividade prática em contato com <b><u>agente biológico:</u></b>	
Carga horária de trabalho e/ou atividade prática em contato com <b><u>explosivos:</u></b>	
Carga horária de trabalho e/ou atividade prática em contato com <b><u>inflamáveis:</u></b>	
Carga horária de trabalho e/ou atividade prática em contato com <b><u>radiação ionizante/raio – X/ substâncias radioativas:</u></b>	
Carga horária de trabalho e/ou atividade prática em contato com <b><u>eletricidade</u></b> (descrever as tensões envolvidas e quais as atividades no <b>campo 09</b> ):	

**09.** Descrever qualquer outra condição de trabalho ou atividade praticada que seja diferente das condições dos itens anteriores apresentados:

**10.** SOMENTE para o cargo de **PROFESSOR**: Informar as disciplinas lecionadas que envolvem práticas laboratoriais onde o contato e exposição com agentes nocivos e perigosos para a saúde, bem como o número de aulas práticas lecionadas, semanalmente, com a correspondente carga horária:  
**(OBS: Apresentar anexo a este formulário o Plano de Trabalho Docente (PTD), comprovando as suas atividades descritas neste)**

Cód. Disciplina	Nome	Nº aulas práticas	Semestre (1º/2º)

OBS:



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

### 11. Informações Gerais

Caso o campo disponibilizado neste formulário para o preenchimento das informações solicitadas não seja suficiente, anexar folhas a este formulário. As folhas em anexo só terão validade se as mesmas estiverem assinadas pelo servidor, chefia imediata e diretor do Campus;

Caso desenvolva atividades em mais do que um posto de trabalho, deverá identificar cada posto e respectivos agentes que acredita estar exposto e os tempos de exposição.

### 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



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

carimbo)

**Observação:** É obrigatório o preenchimento do formulário e assinaturas do Servidor, Chefia Imediato e Diretor do Campus em todas as folhas deste formulário.