|  |
| --- |
| **INFORMAÇOES COMPLEMENTARES PARA ESTUDO DE ADICIONAL DE INSALUBRIDADE** |
| 1. **Identificação do Servidor**
 |
| Nome: |  | SIAPE: |  |
| Cargo/Função: |  | CPF: |  |
| Lotação ( sem abreviar) |  | Telefone: |  |
| Setor (sem abreviar): |  | E-mail: |  |
| ( ) Insalubridade | ( ) Periculosidade |



Leia com atenção as informações solicitadas, e se necessário complete as informações em folha avulsa data, assinada pelo solicitante e pela chefia imediata.

|  |
| --- |
| 1. **Caracterização do Risco**
 |
| 1. Descrição sucinta das atividades insalubres e/ou periculosas
 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Durante o trabalho que executa, por força da atribuição do cargo, tenho exposição habitual, principalmente ao agente de risco **FISICO** assinalado abaixo, por um tempo igual ou superior à metade da minha jornada de trabalho diário. MARQUE COM X, E IDENTIFIQUE A FONTE GERADORA
 |
|  | Ruído | Qual a fonte de origem? |  |
|  | Vibração | Qual a fonte de origem? |  |
|  | Radiação Ionizante | Qual a fonte de origem? |  |
|  | Radiação Não Ionizante | Qual a fonte de origem? |  |
|  | Frio | Qual a fonte de origem? |  |
|  | Calor | Qual a fonte de origem? |  |
|  | Pressões Anormais | Qual a fonte de origem? |  |
|  | Umidade | Qual a fonte de origem? |  |

|  |
| --- |
| 1. Durante o trabalho que executa, por força da atribuição do cargo, tenho exposição habitual, principalmente ao agente de risco **QUIMICO** assinalado abaixo, por um tempo igual ou superior à metade da minha jornada de trabalho diário.
 |
|  | Poeiras | Qual a fonte de origem? |  |
|  | Fumos | Qual a fonte de origem? |  |
|  | Névoas | Qual a fonte de origem? |  |
|  | Neblinas | Qual a fonte de origem? |  |
|  | Gases | Qual a fonte de origem? |  |
|  | Vapores | Qual a fonte de origem? |  |
|  | Produtos químicos | Quais os nomes? |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Informações complementares sobre os produtos químicos assinalados acima.** |
|  | Trabalho em capela ou cabine com exaustão ou ambiente onde existe exaustor de parede |
|  | Recebo EPI – Equipamento de Proteção Individual do tipo máscara, luva, óculos, entre outros? Quais? Informar abaixo. DESCREVA QUAIS EPIS, SE POSSIVEL COLOQUE O C.A  |
|  |
|  |
|  |
| Geralmente trabalho com: |  | ppm / mg |  | Litros / gramas |  | Kilos |  | Outros. Qual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Geralmente trabalho com: |  | Soluções diluídas | Outros. Qual? |
|  |  | Outros. Qual? |
|  |  | Outros. Qual? |
|  |  | Outros. Qual? |
|  |  | Outros. Qual? |
|  |  | Outros. Qual? |
|  |  | Outros. Qual? |
| 1. Durante o trabalho que executa, por força da atribuição do cargo, tenho exposição habitual, principalmente ao agente de risco **BIOLÓGICO** assinalado abaixo, por um tempo igual ou superior à metade da minha jornada de trabalho diário. MARQUE COM X
 |
|  | Tenho trabalho ou operações em contato permanente com pacientes em isolamento por doenças infectocontagiosas, bem como objetos de seu uso, não previamente esterilizadas. |
|  | Tenho trabalho ou operações em contato permanente com carnes, glândulas, vísceras, sangue, ossos, couros, pêlos e dejeções de animais portadores de doenças infectocontagiosas (carbunculose, brucelose, tuberculose). |
|  | Tenho trabalho ou operações em contato permanente com esgotos (galerias e tanques). |
|  |  Tenho trabalho ou operações em contato permanente com lixo urbano (coleta e industrialização). |
|  | Tenho trabalhos e operações em contato permanente com pacientes, animais ou com material infecto-contagiante, 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). |
|  | Tenho trabalhos e operações em contato permanente com pacientes, animais ou com material infecto-contagiante, em hospitais, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados ao atendimento e tratamento de animais (aplica-se apenas ao pessoal que tenha contato com tais animais).  |
|  | Tenho trabalhos e operações em contato permanente com pacientes, animais ou com material infecto-contagiante, em laboratórios, com animais destinados ao preparo de soro, vacinas e outros produtos. |
|  | Tenho trabalhos e operações em contato permanente com pacientes, animais ou com material infecto-contagiante, em laboratórios de análise clínica e histopatologia (aplica-se tão-só ao pessoal técnico).  |
|  | Tenho trabalhos e operações em contato permanente com pacientes, animais ou com material infecto-contagiante, em gabinetes de autópsias, de anatomia e histoanatomopatologia (aplica-se somente ao pessoal técnico) |
|  | Tenho trabalhos e operações em contato permanente em cemitérios (exumação de corpos).  |
|  | Tenho trabalhos e operações em contato permanente com estábulos e cavalariças.  |
|  | Tenho trabalhos e operações em contato permanente com resíduos de animais deteriorados |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Detalhamento da Carga Horária**
 | **Quantidade de horas** |
| Carga horária de trabalho sem envolver exposição a agentes insalubres |  |
| Carga horária de trabalho ou atividade prática **envolvendo contato com agente** de risco Físico |  |
| Carga horária de trabalho ou atividade prática **envolvendo contato com agente** de risco Químico |  |
| Carga horária de trabalho ou atividade prática **envolvendo contato com agente** de risco Biológico |  |
| Carga horária de trabalho com exposição a **raio-x ou qualquer outra fonte radioativa** |  |

|  |
| --- |
| 1. **Descrição da carga horária (setor, laboratório, sala, etc) e tipo de trabalho realizado (Aula prática, preparação de aula, projetos, etc) – TRANSITO EM OUTROS SETORORES**
 |
| **Nome do setor / Laboratório / Sala** | **Atividade (se docente, informar também a disciplina)** | **Agente Insalubre** | **Quantidade de horas no ambiente** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **O tempo total diário ao qual fico exposto ao fator principal de risco assinalado neste anexo, durante execução de minhas atividades? TEMPO EM OUTROS SETORES**
 |
| **Fator principal de risco:** |  | **Minutos?** |  |
|  | **Minutos?** |  |
|  | **Minutos?** |  |
|  | **Minutos?** |  |
|  | **Minutos?** |  |

|  |
| --- |
| 1. **Declaro que são verdadeiras as informações prestadas neste documento, assumindo inteira responsabilidade pelas mesmas.**
 |
| **Assinatura do solicitante:** |  |
| **Assinatura da chefia:**  |  |
| **Data:** |  |