



REQUERIMENTO DE ADICIONAL DE () INSALUBRIDADE OU () PERICULOSIDADE

Servidor:	Siape:					
Cargo:						
Lotação:	Ramal:					
Motivo da solicitação: () Posse () Reavaliação () Remoção* () Designação de CD/FG/FCC* () Dispensa de CD/FG/FCC* () Término de Mandato						
*Anexar cópia da portaria de remoção ou designação/dispensa de CD/FG						
Ambiente a ser avaliado:						
Carga Horária semanal trabalhada:						
Descreva as atividades de trabalho detalhadamente:						
As atividades são realizadas: () Todos os dias em que trabalha Em menos de uma hora () Durante uma hora () Durante duas horas () Durante três horas () Durante quadro horas ou mais () () Alguns dias da semana () Alguns dias no mês () Ocasionalmente () Imprevisível	Horários que realiza estas atividades:					
		Início	Fim	Início	Fim	Total diário
	Segunda-feira					
	Terça-feira					
	Quarta-feira					
	Quinta-feira					
	Sexta-feira					
	Total semanal					

O servidor exerce Cargo de Direção ou Função Gratificada: SIM () NÃO ()

Caso exerça uma das funções acima qual é a carga horária utilizada para esta função?.....horas min

Relacione os agentes químicos utilizados (se for o caso) e sua periodicidade de uso nas atividades:

Informe os equipamentos, ferramentas utilizadas nas atividades:

Citar os Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs) utilizados:

Quais as medidas administrativas usadas na proteção do servidor (caso exista)?

Se for servidora, informe as seguintes situações:

() é gestante () é lactante () nenhuma das opções

Parágrafo único. A servidora gestante ou lactante será afastada, enquanto durar a gestação e a lactação, das operações e locais previstos neste artigo, exercendo suas atividades em local salubre e em serviço não penoso e não perigoso, conforme o Artigo 69 da Lei 8.112/90.

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da Lei que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras. Estou ciente que caso seja removido, mesmo que internamente, redistribuído ou com exercício provisório deixarei de perceber este adicional, caso seja concedido, e que o mesmo será reavaliado pelo NSAT/CQVS/PROGEP mediante encaminhamento de nova solicitação. Caso o servidor assuma Função Gratificada ou Cargo de Direção o adicional será reavaliado pelo Núcleo de Segurança do Trabalho desta Universidade.

DATA ____/____/_____

Assinatura do(a) servidor(a)

Conforme Art. 16 da Orientação Normativa nº 04, de 14/02/2017: **É responsabilidade do gestor da unidade administrativa informar à área de recursos humanos quando houver alteração dos riscos, que providenciará a adequação do valor do adicional, mediante elaboração de novo laudo.** Segundo o Art. 9º do Decreto nº 97.458, de 15/01/1989 e o Art.17 da Orientação Normativa Nº 04, de 14/02/2017 “Respondem nas esferas, administrativa, civil e penal, os peritos e dirigentes que concederem ou autorizarem o pagamento dos adicionais em desacordo com a legislação vigente.”

O chefe imediato deve verificar as **atribuições legais do cargo** do requerente para solicitação do adicional.

De acordo com as informações deste formulário.

Data ____/____/_____

Assinatura e carimbo do chefe imediato

- Após o preenchimento deste formulário, o servidor deve abrir Processo Administrativo no Departamento de Arquivo Geral (DAG).

* Em caso de remoção ou designação/dispensa de CD/FG/FCC, anexar cópia da Portaria.