



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS  
DEPARTAMENTO DE QUALIDADE DE VIDA  
FORMULÁRIO: ADICIONAL - TÉCNICO ADMINISTRATIVO



Selecione uma das opções abaixo. Solicitação de Concessão de:

- ADICIONAL DE INSALUBRIDADE  ADICIONAL DE PERICULOSIDADE  
 ADICIONAL DE IRRADIAÇÃO IONIZANTE  GRATIFICAÇÃO POR TRABALHOS COM  
RAIOS-X OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

|                        |           |
|------------------------|-----------|
| Nome Completo:         |           |
| Cargo:                 | SIAPE:    |
| E-mail:                | Tel.: ( ) |
| Número e UORG/Lotação: |           |
| Departamento:          |           |

### 2. EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL (Vide item 8)

|   |     |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|-----|
| O servidor submete-se a atividades exposto a agentes químicos ou agentes físicos por tempo igual ou superior à metade da jornada de trabalho mensal (exposição habitual)?                       | Sim | ( ) | Não | ( ) |
| O servidor realiza atividades exposto a agentes biológicos durante toda a sua jornada de trabalho mensal (exposição permanente)?  | Sim | ( ) | Não | ( ) |
| O servidor realiza atividades exposto a agentes perigosos (eletricidade, inflamáveis, explosivos, segurança pessoal e patrimonial, radiação ionizantes/substâncias radioativas ou motocicleta)? | Sim | ( ) | Não | ( ) |
| O servidor ocupa função de chefia ou direção, com atribuição de comando administrativo?<br>Se sim, adicionar a portaria ao processo.  | Sim | ( ) | Não | ( ) |

### 3. ESTRATIFICAÇÃO DO TEMPO DE EXPOSIÇÃO (Vide item 8)

Enumere a quantidade de horas no(s) tipo(s) de exposição(ões) ocupacional(is) em acordo com as atividades realizadas no exercício efetivo do cargo ou função.

| 3.1 Ratificação de exposição ocupacional nas atividades do(a) servidor(a), em acordo a legislação vigente.  | HORAS DE EXPOSIÇÃO (h) |         |         |
|---|------------------------|---------|---------|
| Carga horária de trabalho efetivo SEM CONTATO com agentes físicos, químicos, biológicos ou perigosos (realização de atividades administrativas e/ou utilizando computador).   |                        |         |         |
| Carga horária de trabalho efetivo e atividades práticas EM CONTATO com AGENTE(S) FÍSICO(S). Descrever no item 4 o tipo de atividade realizada e informações sobre o agente nocivo.  |                        |         |         |
| Carga horária de trabalho efetivo e atividades práticas EM CONTATO com AGENTE(S) QUÍMICO(S). Descrever no item 4 o tipo de atividade realizada e informações sobre o agente nocivo.   |                        |         |         |
| Carga horária de trabalho efetivo e atividades práticas EM CONTATO com AGENTE(S) BIOLÓGICO(S). Descrever no item 3.2, listando o total de h/dia na(s) atividade(s).   |                        |         |         |
| Carga horária de trabalho efetivo e atividades práticas EM CONTATO com AGENTE(S) PERIGOSO(S) - Atividades com: Eletricidade, Inflamáveis, Explosivos, Segurança Pessoal e Patrimonial, Radiação ionizantes/Substâncias Radioativas ou Motocicleta. Descrever no item 4 o tipo de atividade realizada e informações sobre o agente nocivo. |                        |         |         |
| OUTRAS ATIVIDADES NÃO DESCRITAS ACIMA. Necessário especificar a carga horária e justificar nas linhas do item 4.  |                        |         |         |
| Assinale o Regime de Trabalho (carga horária semanal):  | ( ) 20h                | ( ) 30h | ( ) 40h |



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS  
DEPARTAMENTO DE QUALIDADE DE VIDA  
FORMULÁRIO: ADICIONAL - TÉCNICO ADMINISTRATIVO



**3.2 Descrição resumida de atividades semanal com AGENTE(S) BIOLÓGICO(S), se houver:**

Segunda-feira:

Terça-feira:

Quarta-feira:

Quinta-feira:

Sexta-feira:

Obs.1: Deve-se descrever no item 3.2 as atividades realizadas em contato permanente com o(s) agente(s) biológico(s) durante o efetivo exercício do(a) servidor(a);

Obs.2: Não havendo espaço para o preenchimento da descrição resumida de atividades semanal do item 3.2, pode-se usar para complemento de preenchimento o item 4 deste formulário;

Obs. 3: Caso o tempo de exposição ocorra apenas uma vez por mês, por exemplo, deverá ser preenchida a quantidade de horas de exposição ao(s) agente(s) nocivo(s) corrigindo-se para o tempo proporcional a carga horária semanal, em acordo com o REGIME DE TRABALHO;

Obs.4: O item 4 do formulário está disponível para descrever informações sobre as atividades realizadas em contato com os agentes insalubres ou perigosos, assim como a Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos - FISPQ e/ou outras informações.

**4. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES INSALUBRES, PERIGOSAS OU ENVOLVENDO FONTES DE RADIAÇÃO IONIZANTE E TRABALHOS COM RAIOS-X OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS. DESCREVER INFORMAÇÕES DETALHADAS DO(S) AGENTE(S) NOCIVO(S) DO ITEM 3.1 E LOCAL(IS) DE REALIZAÇÃO DA(S) ATIVIDADE(S).**

**5. EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO**

Há Equipamento de Proteção Coletiva - EPC, quais? (Ex.: chuveiro lava-olhos, capela exaustora, extintores, etc.)

Utiliza Equipamento de Proteção Individual - EPI, quais? Favor, informar o número do [Certificado de Aprovação - CA do EPI](#).

**6. DECLARAÇÃO**

*Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas acima e declaro estar ciente das penalidades cabíveis (previstas no [art. 299 do Código Penal](#)) nos casos de inserção de declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita neste formulário, com o fim de criar obrigação ou alterar a verdade. Declaro estar ciente de que as informações contidas neste formulário são passíveis de verificação. Declaro estar ciente de que este formulário não é, por si só, instrumento de concessão de adicional ou de gratificação ocupacional. Declaro ter ciência de que na hipótese de remoção para outro local de trabalho, mudança de UORG/Lotação ou quando cessado os riscos nocivos à saúde haverá a suspensão do adicional ou gratificação percebida, conforme regulamentado pela legislação pertinente. Declaro, por fim, que tenho ciência que, no caso de servidora, há obrigatoriedade de comunicação de início de gestação ao Departamento de Qualidade de Vida – DQV.*

| Servidor (Assinatura) | Data        |
|-----------------------|-------------|
|                       | ___/___/___ |



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS  
DEPARTAMENTO DE QUALIDADE DE VIDA  
FORMULÁRIO: ADICIONAL - TÉCNICO ADMINISTRATIVO



## 7. PARECER DO SUPERIOR HIERÁRQUICO

Declaro que li e que estou ciente das informações prestadas pelo(a) servidor(a) acima especificado(a). Declaro estar ciente de que é de minha responsabilidade informar ao Departamento de qualidade de Vida quaisquer alterações dos riscos aos quais o(a) servidor(a) acima identificado(a) estiver exposto(a), de acordo com o artigo 16 da [Instrução Normativa SGP/SEGEGG/ME N° 15, de 16 de março de 2022](#).

Assinatura do(a) **Chefe Imediato(a)**:

| Chefia Imediata (Assinatura) | Carimbo | Data        |
|------------------------------|---------|-------------|
|                              |         | ___/___/___ |

Assinatura do(a) **Dirigente da Unidade**:

| Dirigente Geral da Unidade (Assinatura) | Carimbo | Data        |
|---|---------|-------------|
|   |         | ___/___/___ |

CPF: \_\_\_\_\_

## 8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Para efeito de caracterização de atividade insalubre, circunstâncias ou condições insalubres ou perigosas são considerados “Riscos Ambientais”, de acordo com as Normas Regulamentadoras [NR15](#) e [NR16](#) da Portaria nº3.214/78 do MTE, os seguintes agentes nocivos (agentes insalubres ou perigosos) para a saúde:

**Agente(s) Físico(s)**: ruído; vibração; temperaturas extremas (frio, calor); radiações ionizantes e não ionizantes; umidade; condições hiperbáricas. (Anexos 01 a 10 da NR15).

**Agente(s) Químico(s)**: Névoas, vapores, neblinas, gases, substâncias químicas tóxicas ou compostos químicos de natureza tóxica. (Anexos 11 a 13 da NR15).

**Agente(s) Biológico(s)**: Bactérias, vírus, protozoários, bacilos e/ou outros tipos de micro-organismos infectantes transmissores de doenças (Anexo 14 da NR15).

**Eletricidade, Inflamáveis, Explosivos, Segurança Pessoal e Patrimonial, Radiação ionizantes/Substâncias Radioativas ou Motocicleta**: Previstas na Norma Regulamentadora de nº 16 – NR 16.

### INSTRUÇÃO NORMATIVA SGP/SEGEGG/ME N° 15, DE 16 DE MARÇO DE 2022:

I - **Exposição eventual ou esporádica**: aquela em que o servidor se submete a circunstâncias ou condições insalubres ou perigosas, como atribuição legal do seu cargo, por tempo inferior à metade da jornada de trabalho mensal;

II - **Exposição habitual**: aquela em que o servidor se submete a circunstâncias ou condições insalubres ou perigosas por tempo igual ou superior à metade da jornada de trabalho mensal; e

III - **Exposição permanente**: aquela que é constante, durante toda a jornada laboral.

(...)  
**Art.16.** 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.

**Art.17.** Respondem nas esferas administrativa, civil, penal, os **peritos e dirigentes** que concederem ou autorizarem o pagamento dos adicionais em desacordo com a legislação vigente.

**Art.18.** Os **dirigentes** dos órgãos da Administração Federal Direta, das autarquias e suas fundações, promoverão as medidas necessárias à redução ou eliminação dos riscos, bem como a proteção contra os respectivos efeitos.

### LEI N° 8.112, DE 11 DE DEZEMBRO DE 1990

**Art. 68.** Os servidores que trabalhem com habitualidade em locais insalubres ou em contato permanente com substâncias tóxicas, radioativas ou com risco de vida, fazem jus a um adicional sobre o vencimento do cargo efetivo.

(...)  
**Art. 70.** Na concessão dos adicionais de atividades penosas, de insalubridade e de periculosidade, serão observadas as situações estabelecidas em legislação específica.

### DOCUMENTAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A) A SER ENVIADA NO PROCESSO PARA A AVALIAÇÃO DE EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL:

1º Formulário preenchido; 2º Ficha funcional (consulta dados funcionais do(a) servidor(a) com a respectiva UORG/Lotação); 3º Portaria de Função de Chefia ou Direção, quando houver; 4º Procedimento(s) de trabalho com o(s) agente(s) nocivo(s).

### CONTATOS/DÚVIDAS:

Tel.: 3320-6157 (Seção de Segurança e Saúde Ocupacional – SSSO/DQV/UFRPE)

E-mail: sso.progepe@ufrpe.br