

SOLICITAÇÃO DE CONCESSÃO / CESSAÇÃO DE ADICIONAL DE INSALUBRIDADE / PERICULOSIDADE

OBJETIVO:

1 - Este formulário tem o objetivo de uniformizar os encaminhamentos de solicitações de Laudo de Insalubridade / Periculosidade para a CONCESSÃO de ADICIONAL DE INSALUBRIDADE / PERICULOSIDADE em atendimento a Orientação Normativa Nº 04 de 14 de fevereiro de 2017 – que revoga a O.N. 06 de 18/03/2013 que revogou a Orientação Normativa nº 02 de 19 de fevereiro de 2010, que estabelece orientação sobre a concessão de adicionais de insalubridade, periculosidade, irradiação ionizante e gratificação por trabalho com raio-x ou substâncias radioativas, e dá outras providências e que estabelece:

Art. 2º A caracterização da insalubridade e da periculosidade nos locais de trabalho respeitará as normas estabelecidas para os trabalhadores em geral, de acordo com as instruções contidas nesta Orientação Normativa, **(NR 15 e 16)**

Art. 3º A gratificação por trabalhos com raios-x ou substâncias radioativas, e os adicionais de irradiação ionizante, de insalubridade e de periculosidade, **obedecerão às regras estabelecidas na legislação vigente**, conforme instruções desta Orientação Normativa.

2 - Encaminhar solicitações de Laudo de Insalubridade / Periculosidade tanto para CESSAÇÃO de ADICIONAL DE INSALUBRIDADE / PERICULOSIDADE:

Art. 14. O pagamento dos adicionais e da gratificação de que trata esta Orientação Normativa será suspenso quando cessar o risco ou quando o servidor for afastado do local ou da atividade que deu origem à concessão. (obs.: Não se aplica em casos dos subitens

Art. 15. Cabe à unidade de recursos humanos do órgão ou da entidade realizar a atualização permanente dos servidores que fazem jus aos adicionais no respectivo módulo do SIAPENet, conforme movimentação de pessoal, sendo, também, de sua responsabilidade, proceder a suspensão do pagamento, mediante comunicação oficial ao servidor interessado.

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.

3 – FLUXO DE Encaminhamento deste formulário:

3.1 – A solicitação de concessão e ou cessação pode partir:

- Do Servidor; do Chefe imediato, da Chefia Superior e ou do Diretor do Campus;

Em qualquer das situações o Servidor deverá preencher o formulário – Solicitação de concessão / cessação de adicional de insalubridade /periculosidade com a assinatura de acordo com o Organograma do Campus e encaminhado ao seu setor de RH.

3.2 – Registro do processo no Sistema SIGA (módulo PROTOCOLO):

- RH Registra o processo, numera e encaminha para assinatura ao Diretor do Campus que encaminha para o DGP – Reitoria – Departamento de Gestão de Pessoas que encaminha para a da Qualidade de Vida / Segurança do Trabalho;

3.3 – Laudo de Insalubridade / Periculosidade será elaborado pelo Engenheiro de Segurança do Trabalho que encaminha seu parecer ao DGP e este ao Diretor do Campus => RH do Campus solicitante => Chefe Imediato (deve implantar as medidas e treinamentos cabíveis) =>Servidor solicitante;

OBSERVAÇÃO: Este resumo não exime os Servidores e Gestores envolvidos por desconhecimento

integral da ON 04 de 14/02/2017 que revogou a ON 06.

QUESTIONÁRIO – SEGURANÇA DO TRABALHO: Solicitação de concessão ou cessação de Insalubridade / Periculosidade

Nome:		Data Nasc.: ____/____/____
Matr. SIAPE:		Sexo: [<input type="checkbox"/>] Masc. / [<input type="checkbox"/>] Fem.
CPF:		
Cargo/Função/ CBO:	Data de admissão:	Setor/ Direção:
Câmpus:	CNPJ.:	Unidade Predial de Trabalho:

(Setor de Trabalho/Departamento/ Atividade) / PORTARIA DE LOCALIZAÇÃO Nº/DATA(anexar cópia da portaria):

Nome do local de trabalho:	Superior Imediato:
-----------------------------------	---------------------------

Obs.:Caso um dos campos disponibilizados 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 e pela chefia imediata.

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.

1 – Descrição das atividades desenvolvidas **atualmente** durante sua jornada DIÁRIA/SEMANAL E MENSAL de trabalho atribuídas legalmente o mais detalhadamente possível com o tempo aproximado destinado respectivamente: - (DATA DE INÍCIO NESTA ATIVIDADE- ____/____/____)

2 – Descreva outras atividades desenvolvidas **atualmente** durante sua jornada de trabalho que não são atribuições legais do seu cargo/função:

3 - Durante a jornada de trabalho você está exposto (a) a agentes físicos? Se sim, informar quais agentes, a forma de contato e o **tempo de exposição diária** de cada um:

4- Durante a jornada de trabalho você está exposto (a) a agentes químicos? Se sim, informar quais agentes, a forma de contato e o **tempo de exposição semanal** de cada um:

5 - Durante a jornada de trabalho você está exposto (a) a agentes biológicos? Se sim, informar quais agentes, a forma de contato e o tempo de exposição de cada um:

6 - Durante a jornada de trabalho você está exposto (a) ou em contato direto com líquidos inflamáveis, explosivos, eletricidade, irradiação ionizante, raio-X ou alguma substância radioativa? Se sim, informar qual e a forma de contato e o tempo de exposição de cada um:

7 - Existem proteções coletivas e/ou equipamentos de proteção individual disponíveis para a realização das atividades que envolvem riscos? Se sim, quais?

8 – Informações GERAIS:

8.1 - 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 e pela chefia imediata.

8.2 - Caso desenvolva atividades em mais do que um posto de trabalhos, deverá identificar cada posto e respectivos agentes que está exposto e os tempos de exposição.

Data ____/____/____.

O Servidor solicitante:

Declaro, sob penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

Assinatura do(a) Servidor(a) solicitante / Carimbo

A Chefia imediata e o Dirigente do Câmpus e Reitoria:

Declararam, sob pena da Lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras.

Chefia Imediata – Matric. SIAPE
(assinatura e carimbo)

Dirigente do Câmpus – Matric. SIAPE
(assinatura e carimbo)

ENCAMINHADO PARA DGP – REITORIA : _____ /
DATA ____/____/____

Definições importantes:

Riscos Físicos:

- Ruído acima de 85 dB(A) / 8 horas diária – NR 15 anexo 1; Impacto – Anexo 2;
- Calor; IBUTG acima do máximo em função das atividades (metabolismo) – NR 15 anexo 3;

- Radiações ionizantes – NR 15 anexo – anexo 5 / Dec. Nº 877/93 Art. 2º / ON 02 2/2010 Art.5º;
- Sob Condições hiperbáricas – NR 15 anexo 6;
- Radiações não ionizantes NR -15 anexo 7;
- Vibrações NR -15 anexo 8;
- Frio – NR -15 anexo 9;
- Umidade: habitual e permanente com risco à saúde NR 15 anexo 10;
- ON nº 04 de 14 de fev. de 2017

Riscos Químicos: Conforme regulamentado sob a forma de fumos, névoas, neblinas, gases, vapores e substâncias compostas

- Agentes químicos por limite de tolerância: – NR -15 anexo 11;
- Agentes químicos – Limites de tolerância para poeiras minerais – NR -15 anexo 12;
- Agentes químicos - NR -15 anexo 13;
- ON nº 04 de 14 de fev. de 2017.

Riscos Biológicos:

- NR 15 – anexo 14
- ON nº 04 de 14 de fev. de 2017.

Periculosidade – NR 16, 19 e 20:

- Explosivos;
- Inflamáveis;
- Exposição a roubos ou outras espécies de violência física;
- Energia elétrica;
- Radiações ionizantes ou substâncias radioativas;

ON nº 04 de 14 de fev. de 2017:

- Orientação Normativa nº04 que substitui e revogou a nº 6 de 18/03/2013 – revogou a ON nº 2 - Estabelece orientação sobre a concessão dos adicionais de insalubridade, periculosidade, irradiação ionizante e gratificação por trabalhos com raios-x ou substâncias radioativas, e dá outras providências.