**REQUERIMENTO DE ADICIONAIS OCUPACIONAIS**

(Insalubridade, Periculosidade, Irradiação Ionizante e Gratificação por Raio-x ou Substâncias Radioativas)

1 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A):

Nome:	<input type="text"/>				
Matrícula SIAPE:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>	Data de Efetivo Exercício:	<input type="text"/>
Unidade:	<input type="text"/>	Lotação:	<input type="text"/>	Data de Entrada no Ambiente:	<input type="text"/>
Cargo:	<input type="text"/>		Função:	<input type="text"/>	
Setor/Localização:	<input type="text"/>		Prédio/Andar/Sala:	<input type="text"/>	
Telefone:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>	

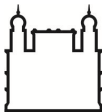
*Observação: Campos de preenchimento obrigatório.***1.2 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO(A) SERVIDOR(A):**

<input type="checkbox"/> Servidor do Quadro	<input type="checkbox"/> Requisitado
<input type="checkbox"/> Cedido com ônus (informar Órgão de origem)	<input type="text"/>
UORG de exercício do trabalhador:	<input type="text"/>

2 - DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE TRABALHO:

	Posto de Trabalho 1 (principal)	Posto de Trabalho 2	Posto de Trabalho 3
Nome do Posto de Trabalho (Exemplos: Laboratório de Biologia Molecular, Ambulatório de Pediatria, Sala de Aula e etc.)			
Lotação (Unidade/Setor)			
Frequência semanal no posto de trabalho (Horas)			

2.1 - Descrição das atividades no Posto de Trabalho 1:

**2.2 - Descrição das atividades no Posto de Trabalho 2:****2.3 - Descrição das atividades no Posto de Trabalho 3:****3 - IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS OCUPACIONAIS:****3.1 - Riscos Físicos:** Sim Não

Se afirmativo, quais os agentes (ruído elevado, temperaturas extremas, raio-x, umidade, vibração)? Quais as fontes geradoras utilizadas **DIARIAMENTE** (como equipamentos)?

Observação: Ver referências na Norma Regulamentadora N° 15/MT.

3.2 - Riscos Biológicos: Sim Não

Se afirmativo, citar a(s) atividade(s) de risco exercida(s) **DURANTE TODA A JORNADA DE TRABALHO** (contato direto ou indireto com pacientes em hospitais, contato com material infecto-contagante, trabalho com lixo urbano, outros).

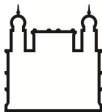
Observação: Ver referências na Norma Regulamentadora N° 15/MT (Anexo 14).

3.3 - Riscos Químicos: Sim Não

Se afirmativo, preencher a tabela com os principais agentes químicos e os respectivos tempos de exposição:

Agente químico:	Tempo de exposição:		
	Diário <input type="checkbox"/>	Semanal <input type="checkbox"/>	Eventual <input type="checkbox"/>
	Diário <input type="checkbox"/>	Semanal <input type="checkbox"/>	Eventual <input type="checkbox"/>
	Diário <input type="checkbox"/>	Semanal <input type="checkbox"/>	Eventual <input type="checkbox"/>
	Diário <input type="checkbox"/>	Semanal <input type="checkbox"/>	Eventual <input type="checkbox"/>
	Diário <input type="checkbox"/>	Semanal <input type="checkbox"/>	Eventual <input type="checkbox"/>
	Diário <input type="checkbox"/>	Semanal <input type="checkbox"/>	Eventual <input type="checkbox"/>

Observação: Em caso de mais agentes químicos, anexar lista a este requerimento.



3.3.1 - Detalhar as atividades com exposição ao risco e esclarecer como ocorre o contato ou exposição aos agentes mencionados anteriormente:

3.4 - Equipamentos de proteção coletiva (Exaustor, capela, etc.) e/ou equipamentos de proteção individual? Sim Não

Se sim, informar equipamentos disponíveis para a realização das atividades com exposição a riscos ocupacionais:

4 - EXPOSIÇÃO A RADIAÇÃO IONIZANTE OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS:

4.1 - Radioisótopo(s), especificar fonte(s):

4.2 - Identificação do local onde manipula a(s) fonte(s) e respectivo registro (autorização para operação) junto à CNEN:

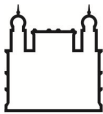
4.3 - Nome e registro (licença) do Supervisor de Radioproteção junto à CNEN:

5 - ATIVIDADES OU OPERAÇÕES PERIGOSAS:

5.1 - Em caso positivo, informar:

- Contato com energia elétrica
- Contato com explosivos e/ou inflamáveis
- Atividade de Segurança Patrimonial

5.2 - Detalhar as atividades ou operações perigosas:



5 - REQUERIMENTO:

Venho requerer a concessão de **Adicional de Insalubridade, Periculosidade, Irradiação Ionizante e Gratificação por Raio-x ou Substâncias Radioativas**, considerando as atividades de trabalho descritas acima. Declaro, ainda, que as informações prestadas expressam a verdade, estando ciente de que em caso de irregularidade, será instaurada sindicância ou processo administrativo disciplinar, nos termos do Art. 143 da Lei 8.112/90.

Nestes termos, peço-lhe deferimento.

_____ , _____

Assinatura do(a) Servidor(a)

Confirmo todas as informações prestadas acima.

_____ , _____

Assinatura e carimbo da chefia imediata

_____ , _____

Assinatura e carimbo da chefia do SRH da Unidade

Nota: Rubricar todas as páginas deste requerimento.