



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA BAIANO  
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS – DGP  
Coordenação de Atenção a Saúde e Qualidade de Vida

## REQUERIMENTO DE ADICIONAIS OCUPACIONAIS – REAO

<b>AUTORIDADE A QUEM ME DIRIJO:</b> <input type="checkbox"/> Reitor <i>(Use apenas um formulário para cada pedido)</i>	<b>RESERVADO AO PROTOCOLO DO NAGP OU REITORIA</b> Nº Processo: _____ Data: ____ / ____ / ____
--	---

### REQUERIMENTO

Magnífico Reitor do IF Baiano, o servidor abaixo especificado vem requerer nos termos dos artigos 68, 69 e 70 da Lei 8.112/90, a concessão do adicional de:

**INSALUBRIDADE**     **PERICULOSIDADE**

conforme as atividades descritas neste Formulário, em observância a Orientação Normativa nº 06 de 18/03/2013 – SEGEP/MPOG.

### DECLARAÇÃO

Afirmo ainda, que a presente declaração é verdadeira, haja vista que constitui crime, previsto no Código Penal, prestar declaração falsa com a finalidade de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula SIAPE: \_\_\_\_\_

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

Cargo: \_\_\_\_\_

Nível/Padrão: \_\_\_\_\_

Regime de Trabalho (h/sem.): \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Cargo de Direção: \_\_\_\_\_

Campus de Exercício: \_\_\_\_\_

Setor de Lotação: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

( )

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

#### Documentação necessária para instruir o processo:

1. Requerimento de Adicionais Ocupacionais – REAO/RIA, preenchida;
2. Cópia\* de parte do Laudo Técnico das Condições Ambientais de Trabalho (LTCAT) onde consta o Setor e a função periciada;
3. Cópia\* da Portaria de Lotação do Servidor;
4. Cópia\* do Plano Individual de Trabalho (PIT) do servidor docente, com a indicação da disciplina, curso e a respectiva carga horária, devidamente aprovado pela Diretoria Acadêmica do *Campus*.
5. Caso desenvolva Projeto de Pesquisa, anexar a cópia\* do Registro do Projeto no local de lotação do servidor, devendo conter o período/duração do projeto, carga horária, devidamente aprovado pela Diretoria Acadêmica do *Campus*.

*(\*As cópias dos documentos deverão vir acompanhadas com o termo "confere com original", constando a identificação do servidor que atestou a cópia, tais como: nome completo e Matrícula SIAPE).*



## REQUERIMENTO DE ADICIONAIS OCUPACIONAIS – REAO

### RIA – REGISTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE ATIVIDADES EXERCIDAS EM CONDIÇÕES DE INSALUBRIDADE E/OU PERICULOSIDADE

Marcar o que se está solicitando:

- INSALUBRIDADE                       PERICULOSIDADE  
 RADIAÇÃO IONIZANTE               GRATIFICAÇÃO DE RAIOS X OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS

Autorizo o desconto do Plano de Seguridade Social – PSS, sobre o adicional ocupacional.

- Sim     Não    Em caso afirmativo, obrigatoriamente anexar o Requerimento de Incidência de PSS – RI/PSS disponível no site do IF Baiano, na aba [Servidor/Saúde do Servidor/Adicional de Insalubridade e Periculosidade](#).

**01** Descrever um breve relato sobre a natureza ou o tipo de trabalho que é realizado pelo servidor acima identificado:

**02** Assinale se durante o trabalho executado ocorre exposição de V.S<sup>a</sup> aos fatores de **riscos físicos**, abaixo mencionados:

- Ruído elevado     Vibração     Raio - X ou Substâncias radioativas     Temperaturas extremas (Calor ou Frio)  
 Umidade     Radiação Ionizante     Radiação não ionizante do tipo laser, microondas ou ultra-violeta

**03** Quanto aos **riscos químicos**, assinale os tipos de produtos químicos que são manipulados por V.S<sup>a</sup> durante as atividades de trabalho:

- Ácido Acético     Ácido Bromídrico     Ácido Clorídrico     Ácido Fórmico     Ácido Fosfórico     Ácido Fluorídrico  
 Ácido Nítrico     Ácido Oxálico     Ácido Pírcico     Ácido Sulfúrico     Defensivo Organofosforado     Éter  
 Formaldeído     Graxas e Óleos     Hidrocarbonetos Aromáticos     Solventes  
 Outros Produtos Químicos (favor especificar no campo 09 ou utilizar folhas adicionais para maiores informações)

**04** Assinale os tipos de **riscos biológicos** com os quais V.S<sup>a</sup> tem contato ou exposição durante as atividades de trabalho:

- Galerias de Esgotos     Bovino     Caprino     Equino     Sangue     Trabalho Realizado em Estábulo ou Currais  
 Outros Tipos de Animais     Saliva     Peças Anatômicas ou Cadáveres Humanos     Meios de Cultura  
 Contato com Microorganismos Infectantes     Material Infecto-Contagante ou Contaminado  
 Realização de Exames Parasitológicos, Microbiológicos ou Bioquímicos  
 Contato com Pacientes em Hospitais, Ambulatórios, Serviço de Emergência, Enfermarias, Outros  
 Outros Tipos de Riscos Biológicos (favor especificar no campo 09 ou utilizar folhas adicionais para maiores informações)



## REQUERIMENTO DE ADICIONAIS OCUPACIONAIS – REAO

<b>05</b> Assinale as atividades e operações perigosas presentes nas atividades de trabalho:	
<input type="checkbox"/> Atividades e Operações Perigosas com Explosivos <input type="checkbox"/> Atividades e Operações Perigosas com Inflamáveis <input type="checkbox"/> Ativ. e Oper. Perigosas com Exposição a Roubos ou Outras Espécies de Violência Física (para o cargo de Vigilante) <input type="checkbox"/> Atividades e Operações Perigosas com Energia Elétrica (Alta e baixa tensão) <input type="checkbox"/> Atividades Perigosas em Motocicleta (Em vias públicas) <input type="checkbox"/> Ativ. e Oper. Perigosas com Radiações Ionizantes ou Substâncias Radiotivas (Nas atividades elencadas na NR-16)	
<b>06</b> Assinale os tipos de riscos de acidentes presentes nas atividades de trabalho:	
<input type="checkbox"/> Mobiliário Inadequado <input type="checkbox"/> Iluminação Inadequada <input type="checkbox"/> Animais Peçonhentos <input type="checkbox"/> Acidentes com Animais <input type="checkbox"/> Choque Elétrico ao Manusear Máquinas e Equipamentos <input type="checkbox"/> Corte ao Manusear Ferramentas e Instrumentos Perfuro Cortante	
<b>07</b> Com que frequência ocorre exposição aos fatores de riscos assinalados acima, durante a jornada de trabalho:	
<input type="checkbox"/> Não há Exposição a Nenhum dos Tipos de Riscos Mencionados <input type="checkbox"/> Ocorre uma Exposição Eventual, Ocasional ou Esporádica <input type="checkbox"/> Ocorre uma Exposição Permanente (Constante, durante toda a jornada de trabalho) <input type="checkbox"/> Ocorre uma Exposição Habitual (Tempo superior a metade da jornada de trabalho semanal)	
<b>08</b> Descrição da carga horária semanal, das atividades executadas durante a jornada de trabalho:	TOTAL DE HORAS SEMANAIS
8.1 – Carga horária de <b>trabalho sem envolver exposição</b> a agentes de risco físico, químico ou biológico:	
8.2 – Carga horária de <b>trabalho ou atividade prática envolvendo contato</b> a agente de <b>risco físico</b> conforme assinalado no campo 02:	
8.3 – Carga horária de <b>trabalho ou atividade prática envolvendo contato</b> com agente de <b>risco químico</b> conforme assinalado no campo 03:	
8.4 – Carga horária de <b>trabalho ou atividade prática</b> envolvendo contato com agente de <b>risco biológico</b> conforme assinalado no campo 04:	
8.5 – Carga horária envolvendo <b>atividades e operações perigosas</b> conforme assinalado no campo 05:	
8.6 – Carga horária de <b>trabalho com exposição a Raio X ou substâncias radioativas</b> :	
8.7 – Carga horária de <b>trabalho ou atividade prática</b> envolvendo, <b>simultaneamente</b> , exposição a agente de risco <b>químico</b> e agente de risco <b>biológico em laboratório</b> : (Ex: Lab. de Anatomia; Análises Clínicas; Bioquímica; etc.)	
8.8 – <b>Outros casos</b> – favor especificar a carga horária correspondente e justificar no <b>campo 10</b> :	
8.9 – <b>Somatório da carga horária de trabalho</b> (coincidir com Jornada de Trabalho (20, 30 ou 40h semanais):	



## REQUERIMENTO DE ADICIONAIS OCUPACIONAIS – REAO

09	Se docentes, indicar a distribuição da carga horária semanal para as atividades:	TOTAL DE HORAS SEMANAIS
	9.1 – Atividades Administrativas (preparação de aulas teóricas, correção de provas, reuniões, uso de computador, etc.)	
	9.2 – Atividades de Ensino (aulas teóricas)	
	9.3 – Atividades de Ensino (aulas práticas)	
	9.4 – Atividades de Pesquisa (aprovado pelo CGE/DDE do <i>campus</i> )	
	9.5 – Outras atividades (especificar):	
10	Esclarecer qualquer condição de trabalho ou atividade praticada que seja diferente das condições mencionadas no campo 08:	
11	Se docente, informar o título das disciplinas lecionadas que envolvem <b>práticas</b> onde ocorre o contato e exposição com agentes nocivos de riscos para a saúde, bem como o número de aulas práticas lecionadas, <b>semanalmente, com a correspondente carga horária:</b>	
12	Informar o nome do local de trabalho ou ambiente (laboratório, clínica, enfermaria, oficina, estábulo, etc.) onde é realizado a atividade que envolve o contato com risco nocivo para a saúde, e esclarecer como ocorre a forma de contato ou exposição com o agente de risco, que possa vir a justificar a condição de insalubridade ou periculosidade:	
13	Explicitar qual é o agente de risco ambiental que é motivador ou preponderante, durante o trabalho realizado, que possa ensejar a <u>caracterização</u> da condição de insalubridade ou periculosidade:	



## REQUERIMENTO DE ADICIONAIS OCUPACIONAIS – REAO

14

Considerando que, para ser caracterizada uma condição insalubre ou perigosa, é necessário que o tempo de exposição ao principal agente de risco seja superior à metade da jornada de trabalho, solicitamos explicitar qual é a carga horária semanal de exposição em que ocorre o contato com o agente nocivo mencionado acima. Fazer uma justificativa da resposta.

15

Informações complementares: mencionar se existem meios de proteção coletiva ou EPI's – Equipamento Individual de Proteção, disponíveis para a realização das atividades de riscos. Se necessário utilize folhas adicionais.

16

Declaramos que são verdadeiras as informações prestadas neste formulário e que, assumimos inteira responsabilidade pelas mesmas, como signatários deste documento, nos termos do Art.17, da ON N° 02/2013.

*“Art. 17. 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.”*

Data:            /            /

Anuências

Ass. Servidor

Ass. e carimbo  
Chefe Imediato

Ass. e carimbo  
Chefe Mediato

Ass. e carimbo  
Diretor da Unidade