



ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO  
SUBSECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS  
COORDENADORIA DE MEDICINA E SEGURANÇA DO TRABALHO

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO E AVALIAÇÃO DE ADICIONAL DE  
INSALUBRIDADE/PERICULOSIDADE

Amparo legal:

Lei nº 1416/2022; Decreto 072/2023 PMSG; Portaria 3.214/78-MTE – Normas Reguladoras Nº. 15 e Nº. 16; e Normas de Higiene Ocupacional – NHO da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho – FUNDACENTRO.

Exmº Sr. Secretário de Administração

SEI Nº \_\_\_\_\_/20\_\_\_\_-\_\_\_\_

1. Dados de Identificação do(a) servidor(a):

<u>NOME:</u>	<u>CARGO/FUNÇÃO:</u>
<u>TELEFONE:</u>	<u>E-MAIL:</u>
<u>MATRÍCULA:</u>	<u>DATA DE ADMISSÃO:</u>
<u>LOTACÃO/SETOR(ES) DE TRABALHO:</u>	<u>REGIME DE TRABALHO / CARGA HORÁRIA:</u> ( ) Diarista: _____ hrs ( ) Plantonista: _____ hrs

Vem requerer à V. Exª. conforme legislação em vigor:

2. Tipo de Solicitação: ( ) Concessão ( ) Revisão

3. Tipo de Adicional que o servidor solicita:	( ) Insalubridade	( ) Periculosidade	
4. Tipo de Adicional que o servidor recebe:	( ) Insalubridade	( ) Periculosidade	( ) Não Recebe

5. Descrever os locais onde desenvolve atividades práticas com possível exposição aos agentes insalubres e/ou perigosos:

---

---

6. Descrever sobre tipo do trabalho realizado e atividades realizadas:

---

---

7. Especificar os agentes insalubres:

<b>Físicos:</b>	( ) Não se Aplica; ( ) Raios X ou Substâncias Radioativas diagnóstico ou tratamento); ( ) Ruído elevado; ( ) Calor; ( ) Frio; ( ) Radiação Ionizante; ( ) Radiações Não ionizantes (ultravioletas) ( ) Umidade (locais alagados ou encharcados, com umidade excessiva);
<b>Biológicos:</b>	( ) Não se Aplica; ( ) hospitais, serviços de emergência, enfermarias, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana (aplica-se unicamente ao pessoal que tenha contato com os pacientes, bem como aos que manuseiam objetos de uso desses pacientes, não previamente esterilizados); ( ) hospitais, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados ao atendimento e tratamento de animais (aplica-se apenas ao pessoal que tenha contato com tais animais); ( ) contato em laboratórios com animais destinados ao preparo de soro, vacinas e outros produtos; ( ) laboratórios de análise clínica e histopatologia (aplica-se tão-só ao pessoal técnico); ( ) gabinetes de autópsias, de anatomia e histo anatomopatologia (aplica-se somente ao pessoal técnico); ( ) cemitérios (exumação de corpos); ( ) esgotos (galerias e tanques); ( ) lixo urbano (coleta e industrialização); ( ) estábulos e cavalariças; e resíduos de animais deteriorados; ( ) pacientes em isolamento por doenças infecto-contagiosas, bem como objetos de seu uso, não previamente esterilizados; ( ) carnes, glândulas, vísceras, sangue, ossos, couros, pêlos e dejeções de animais portadores de doenças infectocontagiosas (carbunclose, brucelose, tuberculose).
<b>Químicos:</b>	( ) Não se Aplica; ( ) Se Aplica. Descreva: _____

**8. Especificar os agentes perigosos:**

( ) Não se Aplica; ( ) Explosivos; ( ) Inflamáveis, 200 L parálíquidos combustíveis e 135 L para gasosos liquefeitos/gases inflamáveis; ( ) Atividades integrantes de Sistemas Elétricos de Potência (SEP); ( ) Atividades e Operações Perigosas com Exposição a Roubos ou outras espécies de violência física nas atividades profissionais de Segurança Pessoal ou Patrimonial; ( ) Atividades Perigosas em Motocicleta.

**9. Descrever os equipamentos de proteção individual e coletivos utilizados no desempenho das atividades práticas:**

---

---

---

**10. Estratificação do Tempo de Exposição em relação aos Agentes Nocivos e Perigosos:**

ATIVIDADES	TEMPO DE EXPOSIÇÃO (HORAS/SEMANA)
Atividades administrativas	
Atividades práticas envolvendo contato com agentes físicos	
Atividades práticas envolvendo contato com agentes químicos	
Atividades práticas envolvendo contato com agentes biológicos	
Atividades práticas envolvendo contato Raios-X ou Substâncias radioativas	
Atividades práticas envolvendo contato com explosivos	
Atividades práticas envolvendo contato com inflamáveis (líquidos combustíveis e gasosos liquefeitos/ gases inflamáveis)	
Atividades integrantes de Sistemas Elétricos de Potência (SEP)	
Atividades e operações perigosas com exposição a roubos ou outras espécies de violência física nas atividades profissionais de segurança pessoal ou patrimonial	
Atividades Perigosas em Motocicleta	
<b>TOTAL</b>	

**11. Dias de Trabalho:** ( ) segunda-feira ( ) terça-feira ( ) quarta-feira ( ) quinta-feira ( ) sexta-feira ( ) sábado ( ) domingo

**12. Turno:** ( ) manhã ( ) tarde ( ) noite ( ) outro. Especificar: \_\_\_\_\_

**13. Se Trabalhar em mais de um setor especificar divisão da carga horária:**

---

**14. Informações Adicionais**

- *Os adicionais de insalubridade periculosidade são inacumuláveis, devendo o servidor optar por um deles, quando tiver direito a mais de um adicional.*
- *A avaliação da natureza da exposição (habitual ou permanente) levará em conta o agente insalubre ou perigoso mais preponderante no desempenho das atividades, ou seja, não será considerada a soma dos tempos de exposição individual a cada tipo de agente para fins de caracterização e enquadramento.*
- *Não terá direito ao adicional de insalubridade o servidor que no exercício de suas atribuições fique exposto aos agentes nocivos à saúde apenas em caráter eventual, esporádico ou ocasional.*
- *As vistorias não são pré-agendadas, desta forma, caso o servidor não seja encontrado no seu local de trabalho, poderá acarretar o indeferimento sumário do pedido de adicional.*
- *Qualquer alteração nas informações contidas neste formulário deverá ser imediatamente comunicada à CSMT, sob pena de configurar falsa declaração ou má-fé no percebimento de adicional indevido.*
- *Caso o servidor deixe de completar qualquer um dos itens deste formulário, o mesmo será desconsiderado e retornado ao solicitante para seu total preenchimento.*

**15. Termo de Responsabilidade**

Declaro, sob as penas da lei, que são verdadeiras as informações prestadas neste documento assim como executo apenas as funções legalmente cometidas ao meu cargo. Reconheço que o desvio de função do servidor efetivo constitui ato de improbidade, porquanto viola princípios norteadores da atividade administrativa e configura desvio de finalidade, práticas tipificadas no artigo 11, caput e inciso I da Lei 8.429/92.

São Gonçalo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

SERVIDOR(A)

---

CHEFIA IMEDIATA