



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
DIVISÃO DE PROMOÇÃO À SAÚDE
SETOR DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

Requerimento de Reconsideração sobre o Laudo de Insalubridade/Periculosidade

Servidor: _____	Cargo: _____
E-mail do servidor: _____	Mat. Siape: _____
Idade: _____	Sexo: () M () F
Unidade de exercício: _____	
Setor: _____	
Exerce a função de chefia? () Sim () Não	
Telefone pessoal: _____	Telefone do setor: _____
Celular: _____	
Chefe Imediato: _____	
E-mail do chefe imediato: _____	
Data: _____	

1 - Respondeu anteriormente ao Instrumento de avaliação do ambiente de trabalho?
() SIM () NÃO

2 - Preencha o quadro a seguir:

Item	Descreva o tipo de trabalho e tarefas realizadas pelo solicitante	Carga horária diária destinada a cada atividade
1		

2		
3		
4		
5		

3- Responda aos itens a seguir:

Trabalha em contato **permanente** (durante toda a jornada laboral) com pacientes em leitos de isolamento por doenças infectocontagiosas, bem como manuseando objetos de uso dos pacientes em leitos de isolamento, não previamente esterilizados? SIM ()
NÃO ()

Trabalha em contato **permanente** (durante toda a jornada laboral) com pacientes, animais ou com material infectocontagante, em 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)? SIM () NÃO ()

No local de trabalho houve avaliação quantitativa de **agentes químicos**?
()SIM ()NÃO ()NÃO SEI INFORMAR

No local de trabalho houve avaliação quantitativa de **ruído**?
()SIM ()NÃO ()NÃO SEI INFORMAR

No local de trabalho houve avaliação quantitativa de **calor**?
()SIM ()NÃO ()NÃO SEI INFORMAR

O seu trabalho envolve **manutenção/instalação de circuito de alta tensão**?
()SIM ()NÃO Caso afirmativo, descreva como as desenvolve, em quais condições e instalações, ferramentas de trabalho e equipamentos de proteção.

4 - Outras informações que o servidor julgue pertinente à concessão do adicional de insalubridade/periculosidade:

Eu, _____ servidor(a) solicitante do adicional de insalubridade/periculosidade e _____ chefe imediato do(a) servidor(a) solicitante do adicional de insalubridade/periculosidade **declaro que são verdadeiras as informações prestadas neste documento, assumindo inteira responsabilidade pelas mesmas nas esferas administrativa, civil e penal.**

Data: ____/____/____

Assinatura do Servidor: _____

Assinatura da Chefia Imediata: _____

RESPOSTA AOS QUESTIONAMENTOS A CERCA DOS ADICIONAIS DE INSALUBRIDADE/PERICULOSIDADE

- **Para Insalubridade por Risco Biológico:**

O grau máximo e o grau médio são as graduações utilizadas para pagamento, quando for o caso, do adicional de insalubridade;

O primeiro destinado a atividades que envolvam contato permanente com paciente em isolamento por doença infectocontagiosa ou com suas secreções, fluidos ou seus objetos não previamente esterilizados, pago no percentual de 20%;

O segundo para atividades que envolvam contato permanente com pacientes em geral ou com material infectocontagioso, incluindo objetos não previamente esterilizados, em unidades de atendimento à saúde, pago no percentual de 10%.

Em ambos os casos o contato deve ser **permanente**. De acordo com a Orientação Normativa 04/2017 **exposição permanente é aquela que ocorre na integralidade da jornada de trabalho, ou seja, durante todo o tempo.**

Não possuem direito ao adicional de insalubridade os profissionais que não realizam suas atividades nas situações descritas.

- **Para Insalubridade por Risco Químico:**

Caso a substância química manipulada esteja contemplada no Anexo 11 da NR 15 é necessária avaliação quantitativa e comparação com os limites de tolerância estabelecidos nesse Anexo.

- **Para Insalubridade por Risco Físico (Ruído e/ou Calor):**

É necessária avaliação quantitativa e comparação com os limites de tolerância estabelecidos pela NR 15.

- **Para Periculosidade:**

São consideradas atividades e operações perigosas as constantes dos Anexos da NR 16.