



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Diretoria de Gestão de Pessoas

Ficha de Avaliação de Concessão de Adicional de Insalubridade	
OBSERVAÇÃO: Todas as páginas de verão ser rubricadas pelo servidor e chefia imediata. Se servidor docente, deverão também ser rubricadas pelo coordenador do curso.	
Nome servidor:	SIAPE:
Lotação:	
UORG de exercício:	
Cargo:	
Exerce Cargo de Direção ou Função Gratificada? () Sim () Não / Se sim, qual? (CD/FG):	
Se ocupante de Cargo de Direção ou Função Gratificada, descrever abaixo as atividades inerentes a essa diretoria/chefia/coordenadoria: _____ _____ _____ _____	
Se servidora, informar se atualmente encontra-se na condição de: () gestante () lactante () nenhuma das opções anteriores	
Data de início das atividades na atual UORG:	Data de admissão no IFRS:
Jornada de trabalho semanal: () 20h () 30h () 40h () DE	
Descrever abaixo o(s) seu(s) ambiente(s) de trabalho: _____ _____ _____ _____	
Descrever abaixo as atividades e atribuições típicas do seu cargo: _____ _____ _____ _____	



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Diretoria de Gestão de Pessoas

QUESTIONÁRIO – Atividades e Operações INSALUBRES

Responder a TUDO o questionário abaixo considerando as atribuições legais de seu cargo as condições nas quais, por problemas de ordem maior, submete-se durante sua jornada laboral típica.

Observação: situações esporádicas que ocorrem apenas em situações excepcionais, não devem ser consideradas.

1) Durante as atividades há a incidência de níveis de pressão sonora que, pela simples percepção, poderiam ser caracterizadas como elevadas? ()SIM ()NÃO

Se sim, de quais máquinas e/ou equipamentos quando operados?

Para cada máquina e/ou equipamento citado acima, justificar a necessidade ou se for o caso, a obrigatoriedade de operação, justificando também a frequência semanal (de 1 a 5 dias/semana) assim como do tempo, em horas, nos dias.

2) Durante as atividades, a sensação térmica, em decorrência da proximidade de máquinas e/ou equipamentos emissores de calor ao ambiente, poderia ser caracterizada como elevada? **Observação:** desconsiderar qualquer relação com conforto térmico em locais, apenas situações em que o calor seja gerado por máquinas e/ou equipamentos. ()SIM ()NÃO

Se sim, de quais máquinas e/ou equipamentos quando operados?

O trabalho exercido sobre ou próximo às máquinas/equipamentos citados anteriormente mencionados ocorrem sob qual forma?



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Diretoria de Gestão de Pessoas

- () sentado, com leves movimentos dos membros superiores e tronco.
- () sentado, com leves movimentos de membros superiores e inferiores.
- () sentado, com movimentos mais repetitivos ou de maior esforço de membros superiores e inferiores.
- () de pé, com leves movimentos dos membros superiores.
- () de pé, com pouca movimentação.
- () de pé, com maior movimentação.
- () em movimento constante, sem erguimento de materiais pesados.
- () em movimento constante, com erguimento de materiais pesados.

Para cada máquina/equipamento citado anteriormente, justificar a necessidade ou se for o caso, obrigatoriedade de operação, justificando também a frequência semanal (de 1 a 5 dias/semana) assim como do tempo, em horas, nos dias.

- 3) Durante as atividades são operados equipamentos contendo fontes emissoras de radiação ultravioleta, laser ou microondas sem a existência de qualquer tipo de proteção, anteparo ou local isolado? () SIM
() NÃO

Se sim, por qual razão inexistente qualquer elemento de proteção no local? Qual(is) equipamento(s) contendo fontes emissoras de radiação ultravioleta, laser ou microondas é(são) operado(s)?

Para cada equipamento citado anteriormente, justificar a necessidade ou se for o caso, obrigatoriedade de operação, justificando também a frequência semanal (de 1 a 5 dias/semana) assim como do tempo, em horas, nos dias.



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Diretoria de Gestão de Pessoas

4) Durante as atividades, são operadas máquinas e/ou ferramentas manuais elétricas ou pneumáticas que, do funcionamento, acabam por transmitir vibrações aos membros superiores ou a todo o corpo? Pela simples percepção, poderiam ser caracterizadas como elevadas? () SIM () NÃO

Se sim, quais máquinas e/ou ferramentas manuais elétricas ou pneumáticas?

Para cada máquina e/ou ferramenta manual citada anteriormente, justificar a necessidade ou se for o caso, obrigatoriedade de operação, justificando também a frequência semanal (de 1 a 5 dias/semana) assim como do tempo, em horas, nos dias.

5) Durante as atividades, há a necessidade em adentrar câmaras refrigeradas? () SIM () NÃO

Se sim, justificar a necessidade ou se for o caso, obrigatoriedade em adentrar. Com qual frequência semanal ou diária ocorre?

6) Durante as atividades, há a necessidade de realização de tarefas em locais completamente alagados com os membros superiores ou inferiores inseridos em corpos d' água? () SIM () NÃO

Se sim, justificar por qual razão esta condição de trabalho ocorre.



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Diretoria de Gestão de Pessoas

7) Durante as atividades, são manuseadas substâncias, compostos ou produtos químicos de maior nocividade? () SIM () NÃO

Se sim, para qual finalidade?

- () Preparação de calda e aplicação de agrotóxicos através de processo manual.
- () Preparação de calda e aplicação de agrotóxicos através de processo mecanizado.
- () Aplicação de produtos derivados de petróleo para limpeza/lubrificação de peças e componentes mecânicos.
- () Aplicação de produtos para fins de higienização e/ou assepsia de ambientes, equipamentos ou outros materiais.
- () Práticas em laboratório.
- () Outros. Qual(is)?

Se marcada qualquer uma das opções acima, com exceção de "Práticas em laboratório", justificar a necessidade ou se for o caso, obrigatoriedade de utilização. Listar a denominação dos produtos.
Observação: anexar ao processo as respectivas Fichas de Informações de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ), conforme norma ABNT NBR 14725.

Se marcada a opção "Práticas em laboratório", listar abaixo as principais e mais recorrentes substâncias químicas utilizadas em rotinas de aulas práticas, sendo que, para cada uma das substâncias, preencher as informações requeridas no **ANEXO A1**.



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Diretoria de Gestão de Pessoas

8) Durante as atividades, há contato com pessoas ou animais possivelmente portadores de doenças infectocontagiosas ou material biológico de amostragem/residual infectante? () SIM () NÃO

Se sim, em qual das circunstâncias abaixo relacionadas?

- () atendimento e/ou tratamento de pacientes.
- () manejo e tratamento de animais.
- () trabalhos realizados no interior de caixas, fossas ou outras estruturas enterradas que componham sistemas de esgoto sanitário.
- () manipulação de amostras de material biológico infectante em laboratório.

Justificar a necessidade ou se for o caso, obrigatoriedade de contato.

Utilizar o espaço abaixo em caso de desejar acrescentar outras observações:

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas neste formulário, assumindo a inteira responsabilidade pelas mesmas.

_____, _____ de _____ de 20____.
(local e data)

Servidor
(assinatura)



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Diretoria de Gestão de Pessoas

Parecer da chefia imediata

Data: _____

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas neste formulário, assumindo a inteira responsabilidade pelas mesmas.

Chefia Imediata
(assinatura e carimbo)

Parecer da coordenação do curso (se servidor docente)

Data: _____

Declaro serem verdadeiras as informações prestadas neste formulário, assumindo a inteira responsabilidade pelas mesmas.

Coordenador Curso
(assinatura e carimbo)