**ANEXO C**

**FICHA DE DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES LABORAIS COM EXPOSIÇÃO A AGENTE(S) FÍSICO(S)**

**ATENÇÃO: OBRIGATÓRIA a DIGITALIZAÇÃO das informações.** O preenchimento de forma manuscrita será considerado inválido e o processo será devolvido para adequações, sob a alegação do risco de equívocos (incompreensão do estilo de caligrafia) durante a análise do que foi respondido. Portanto, o preenchimento digital das informações dará maior clareza e precisão na comunicação.

**OBSERVAÇÕES:** (1) necessário enviar a documentação complementar que justifique a exposição direta do(a) servidor(a) ao agente físico de forma habitual ou permanente;

(2) informar nos campos deste anexo o nome da disciplina/componente curricular, o projeto de pesquisa e/ou de extensão com exposição permanente/ habitual ao agente físico;

(3) **Este documento apenas será válido se os quesitos inerentes ao risco ocupacional envolvido estiverem respondidos completamente; caso contrário, o processo será devolvido**. Se o(a) interessado(a) desejar dar prosseguimento, deverá ser incluído novo Anexo C adequadamente respondido para fins de cumprimento da legislação vigente e pertinente.

**IMPORTANTE:** É obrigatório ANEXAR a esse Processo toda a documentação complementar (conforme consta no **item D** do documento “**Procedimentos para Solicitação de Adicional Ocupacional**”) necessária à análise da demanda que justifique e tenha relação com a exposição ao risco físico, dentre elas: POP (Procedimento Operacional Padrão) **apenas do envolvido na exposição ao risco ocupacional**; conteúdo programático de disciplinas práticas; roteiro das **aulas práticas** das disciplinas cuja execução prática ofereça risco nocivo **ao requerente de modo permanente ou habitual**; quadro de horários de disciplinas; **Projeto** de extensão e/ou de pesquisa (vinculado a uma fonte financiadora ou uma pró-reitoria da UFPB) que envolve e justifica a **necessidade da exposição a riscos ocupacionais de forma permanente pelo(a) requerente** (incluir **cronograma** para cada fase do projeto, discriminando o tempo em que cada fase do projeto será executada: revisão da literatura, materiais e métodos, resultados esperados e publicação de artigos científicos/tecnológicos). **Será considerada** e contabilizada para este fim, **apenas a fase de execução prática do projeto cujo(a) requerente esteja diretamente exposto aos riscos ocupacionais na função de executor majoritário da pesquisa/extensão**. Isto é, **não se enquadram as atividades executadas por aluno/outros em que o requerente do adicional atue como Orientador/Supervisor/Coordenador/Diretor de tal projeto.**

|  |
| --- |
| **INFORME SE HÁ EXPOSIÇÃO A AGENTES FÍSICOS DURANTE A JORNADA DE TRABALHO SEMANAL** |
| Responda o questionário abaixo quanto às condições nas quais há exposição a riscos físicos cuja frequência seja considerada habitual ou permanente durante sua jornada de trabalho.  **OBSERVAÇÕES:** (1) O(a) servidor(a) **docente** deve informar o nome do componente curricular e sua respectiva carga horária **semanal** nas atividades com exposição a tal(is) agente(s);  (2) APENAS as atividades claramente relacionadas neste anexo, quando realizadas de forma **PERMANENTE**, serão consideradas para fins de caracterização e avaliação na concessão do adicional de insalubridade. |

**EXPOSIÇÃO A RISCO FÍSICO: RUÍDO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **☐ Níveis de ruído contínuo ou intermitente** | | **☐ Níveis de ruído de impacto** | |
| Caso tenha identificado alguma exposição com níveis de pressão sonora (ruído contínuo, intermitente ou de impacto), relacione as possíveis fontes, localização e tempo de exposição. | | | | |
| **Equipamento(s)/ Máquina(s)** | | **Localização** | | **Tempo de exposição semanal (h)** |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
| **Descreva a(s) atividade(s) desenvolvida(s) para cada equipamento e/ou máquina relacionada(s) acima, justificando a(s) necessidade(s) de utilização.** | | | | |
| **Informar a(s) medida(s) administrativa(s) adotada(s) para eliminação, neutralização ou redução do(s) risco(s).** | | | | |
| **Informar a(s) medida(s) de proteção(es) coletiva(s) adotada(s) no ambiente para eliminação, neutralização ou redução do(s) risco(s).** | | | | |
| **Informar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) utilizados no exercício das atividades.** | | | | |

**EXPOSIÇÃO A RISCO FÍSICO: CALOR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **☐ Exposição ao calor em ambientes fechados ou com fonte artificial de calor** | | |
| Caso tenha identificado alguma exposição ao calor em ambientes fechados ou ambientes com fonte artificial de calor, relacione as possíveis fontes, localização e tempo de exposição. | | | |
| **Equipamento(s)/ Máquina(s)** | | **Localização** | **Tempo de exposição semanal (h)** |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| **Descreva a(s) atividade(s) desenvolvida(s) para cada equipamento e/ou máquina relacionada(s) acima, justificando a(s) necessidade(s) de utilização.** | | | |
| **Informar a(s) medida(s) administrativa(s) adotada(s) para eliminação, neutralização ou redução do(s) risco(s).** | | | |
| **Informar a(s) medida(s) de proteção(es) coletiva(s) adotada(s) no ambiente para eliminação, neutralização ou redução do(s) risco(s).** | | | |
| **Informar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) utilizados no desempenho das atividades.** | | | |

**EXPOSIÇÃO A RISCO FÍSICO: FRIO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.** | **☐ Frio (interior de câmaras frigoríficas)** | | | | |
| Caso desenvolva trabalhos no interior de câmaras frigoríficas, ou em locais que apresentem condições similares, que exponham os trabalhadores ao frio, relacione abaixo. | | | | | |
| **Atividades** | | **Localização** | **Fonte geradora** | **Tempo de exposição semanal (h)** | **Temperatura ambiente (°C) registrada** |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
| **Descreva a(s) atividade(s) ou desenvolvidas relacionada(s) acima, justificando a(s) necessidade(s) de utilização.** | | | | | |
| **Informar a(s) medida(s) administrativa(s) adotada(s) para eliminação, neutralização ou redução do(s) risco(s).** | | | | | |
| **Informar a(s) medida(s) de proteção(es) coletiva(s) adotada(s) no ambiente para eliminação, neutralização ou redução do(s) risco(s).** | | | | | |
| **Informar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) utilizados no desempenho das atividades.** | | | | | |

**EXPOSIÇÃO A RISCO FÍSICO: UMIDADE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** | **☐ Umidade** | | | |
| Caso desenvolva trabalhos em locais alagados ou encharcados, com umidade excessiva, relacione as atividades ou operações, localização e tempo de exposição. | | | | |
| **Atividades ou operações** | | **Localização** | **Tempo de exposição semanal (h)** | **Umidade Relativa (%) registrada** |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
| **Detalhe as atividades ou operações desenvolvidas acima e justifique a necessidade.** | | | | |
| **Informar a(s) medida(s) administrativa(s) adotada(s) para eliminação, neutralização ou redução do(s) risco(s).** | | | | |
| **Informar a(s) medida(s) de proteção(es) coletiva(s) adotada(s) no ambiente para eliminação, neutralização ou redução dos riscos.** | | | | |
| **Informar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) utilizados no desempenho das atividades.** | | | | |

**EXPOSIÇÃO A RISCO FÍSICO: VIBRAÇÕES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5.** | **☐ Vibrações** | | |
| Caso tenha identificado alguma condição de trabalho decorrente da exposição às Vibrações de Mãos e Braços (VMB) e/ou Vibrações de Corpo Inteiro (VCI), relacione as possíveis fontes, localização e tempo de exposição. | | | |
| **Equipamento(s)/ Máquina(s)** | | **Localização** | **Tempo de exposição semanal (h)** |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| **Descreva a(s) atividade(s) desenvolvidas para cada equipamento e/ou máquina relacionada(s) acima, justificando a(s) necessidade(s) de utilização.** | | | |
| **Informar a(s) medida(s) administrativa(s) adotada(s) para eliminação, neutralização ou redução do(s) risco(s).** | | | |
| **Informar a(s) medida(s) de proteção(es) coletiva(s) adotada(s) no ambiente para eliminação, neutralização ou redução do(s) risco(s).** | | | |
| **Informar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) utilizados no exercício das atividades.** | | | |

**EXPOSIÇÃO A RISCO FÍSICO: CONDIÇÕES HIPERBÁRICAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **6.** | **☐ Trabalho sob Condições Hiperbáricas** | | |
| Caso tenha identificado alguma condição de trabalho submerso ou trabalho sob ar comprimido, relacione abaixo. | | | |
| **Equipamento(s)/ Máquina(s)** | | **Localização** | **Tempo de exposição semanal (h)** |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| **Descreva as atividades desenvolvidas relacionadas acima, justificando a necessidade.** | | | |
| **Informar a(s) medida(s) administrativa(s) adotada(s) para eliminação, neutralização ou redução dos riscos.** | | | |
| **Informar a(s) medida(s) de proteção coletiva(s) adotada(s) no ambiente para eliminação, neutralização ou diminuição do(s) risco(s).** | | | |
| **Informar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) utilizados no desempenho das atividades.** | | | |

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo total e exclusiva responsabilidade pelas mesmas, observado o disposto no Art. 299 do Decreto-Lei n° 2.848 (Código Penal Brasileiro, de 7 de dezembro de 1940) e no Art. 219 da Lei n°. 10.406 (Código Civil Brasileiro, de 10 de janeiro de 2002).

Assinatura eletrônica (SIPAC) do(a) Servidor(a) Requerente e da Chefia imediata designada por portaria: