**ANEXO E**

**FICHA DE DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES LABORAIS COM EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES IONIZANTES/ NÃO-IONIZANTES OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS**

**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 permanente ou habitual do(a) servidor(a) a radiações ionizantes/não-ionizantes ou substâncias radioativas;

(2) informar nos campos deste anexo o nome da disciplina/componente curricular, o projeto de pesquisa e/ou de extensão com exposição permanente/habitual a radiações ionizantes/não-ionizantes ou substâncias radioativas;

(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 E adequadamente respondido para fins de cumprimento da legislação vigente e pertinente.

**IMPORTANTE:** É obrigatório ANEXAR a esse Processo toda a documentação complementar (conforme consta nos **itens D e E** do documento “**Procedimentos para Solicitação de Adicional Ocupacional**”) necessária à análise da demanda que justifique e tenha relação com a exposição a radiações ionizantes/não-ionizantes ou a substâncias radioativas, 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 RADIAÇÕES IONIZANTES/ NÃO-IONIZANTES OU A SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS DURANTE A JORNADA DE TRABALHO SEMANAL** |
| Responda o questionário abaixo quanto às condições nas quais há exposição permanente/habitual a radiações ionizantes, radiações não-ionizantes ou a substâncias radioativas 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 tal(is) exposições;(2) APENAS as atividades claramente relacionadas neste anexo, quando realizadas de forma **PERMANENTE**, serão consideradas para fins de caracterização e avaliação do adicional requerido. |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | **☐ ATIVIDADES E OPERAÇÕES INSALUBRES COM EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NÃO-IONIZANTES** |
| ( ) **Microondas** ( ) **Ultravioletas** ( ) **Laser** |
| **Especifique a(s) atividade(s), o(s) ambiente(s) e o tempo de exposição semanal para cada trabalho ou operação identificada.** |
| **Materiais/ Máquinas/ Equipamentos** | **Localização** | **Tempo de exposição semanal (H)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Descreva a(s) atividade(s) desenvolvida(s) citando os materiais/ máquinas/ equipamentos relacionados acima, justificando a(s) necessidade(s) de sua 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(ões) coletiva(s) adotada(s) no ambiente para eliminação, neutralização ou diminuição do(s) risco(s).** |
| **Informar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) utilizados durante as atividades.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.** | **☐ ATIVIDADES E OPERAÇÕES COM EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES IONIZANTES OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS** |
| **Apenas para servidor(a) que trabalha com:** |
| **a.** ( ) Atividades de operação e manutenção de reatores nucleares**b.** ( ) Atividades de operação e manutenção de aceleradores de partículas**c.** ( ) Atividades de operação com aparelhos de raios-X, com irradiadores de radiação gama, radiação beta ou radiação de nêutrons**d.** ( ) Atividades de medicina nuclear**e.** ( ) Descomissionamento de instalações nucleares e radioativas**f.** ( ) Descomissionamento de minas, moinhos e usinas de tratamento de minerais radioativos | **g.** Atividades com material radioativo (selado e não selado, de estado físico e forma química quaisquer, natural ou artificial) ( ) Produção ( ) Manuseio ( ) Utilização ( ) Processamento ( ) Transporte ( ) Guarda ( ) Estocagem |
| **Especifique a(s) atividade(s), o(s) ambiente(s) e o tempo de exposição semanal para cada trabalho ou operação identificada.** |
| **Material/ Máquina/ Equipamento** | **Localização** | **Tempo de exposição semanal (H)** |
|  |  |  |
| **Descreva a(s) atividade(s) desenvolvida(s) citando os materiais/ máquinas/ equipamentos relacionados acima, justificando a(s) necessidade(s) de sua 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(ões) coletiva(s) adotada(s) no ambiente para eliminação, neutralização ou redução do(s) risco(s).** |
| **Informar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) utilizados durante o desempenho das atividades.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.** | **☐ GRATIFICAÇÃO POR TRABALHO COM RAIOS-X OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS** |
| A Gratificação por trabalhos com RAIO-X somente poderá ser concedida aos servidores que **cumulativamente** (conforme previsto no Art. 8° da Instrução Normativa SGP/SEGGG /ME IN nº 15, de 16 de março de 2022):1 - **Declaração** da Chefia Imediata informando que o(a) servidor(a) solicitante opera direta, obrigatória e habitualmente com raios-X ou substância radioativa, próximo às fontes de irradiação, por um período **mínimo de 12 horas semanais**, como parte integrante das atribuições do cargo ou função exercida;2 - **Portaria de designação** assinada pelo(a) Diretor(a) de Centro com liberação para operar direta e habitualmente com raios-X ou substâncias radioativas;3 - **Portaria** assinada pela Chefia da área controlada identificando que o(a) servidor(a) exerce atividade em área controlada. |
| **Especifique a(s) atividade(s), o(s) ambiente(s) e o tempo de exposição semanal para cada trabalho ou operação identificada.** |
| **Materiais/ Máquinas/ Equipamentos** | **LOCALIZAÇÃO DA ÁREA CONTROLADA** | **Tempo de exposição semanal (h)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Descreva a(s) atividade(s) desenvolvida(s) citando os materiais/ máquinas/ equipamentos relacionados acima, justificando a(s) necessidade(s) de sua 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(ões) 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.** |

**NOTA:**

(1) Não são consideradas perigosas, para efeito deste anexo, as atividades desenvolvidas em áreas que utilizam equipamentos móveis de Raios X para diagnóstico médico.

(2) Áreas tais como emergências, centro de tratamento intensivo, sala de recuperação e leitos de internação não são classificadas como salas de irradiação em razão do uso do equipamento móvel de Raios X.

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: