**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE ADICIONAIS DE INSALUBRIDADE, PERICULOSIDADE, IRRADIAÇÕES IONIZANTES E GRATIFICAÇÃO POR TRABALHOS COM RAIOS-X OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS**

**Atenção:** Este documento DEVE ser preenchido de forma integral e **DIGITAL.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome do(a) Requerente: | | | |
| CPF**:** | Número de Matrícula SIAPE: | | |
| Categoria Funcional: | | Cargo de Direção (CD), Função Gratificada (FG) ou Função de Coordenação de Curso (FCC): | |
| Cargo Emprego: | |
| Email: | | | |
| **Unidade de Lotação (UORG atual):** | | | |
| Centro/Departamento: | | | Campus: |
| Setor (Local onde exerce suas atividades): | | | |
| Celular/Ramal: | Turno(s) de Trabalho: Manhã Tarde Noite | | |
| **Jornada de Trabalho:** (Anexar a portaria de comprovação da Jornada de Trabalho flexibilizada e, se houver, a Escala de trabalho, espelho de registro de ponto) | | **20 h 30 h 40 h**  Outra (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Tipo de Solicitação de Adicionais: Insalubridade Irradiação Ionizante**  **Periculosidade Gratificação por Trabalho com Raios-X ou Subst. Radioativas** | | | |
| **1 Tipo de Solicitação: Concessão Revisão Reimplantação** | | | |
| **Motivo da Solicitação: Admissão Movimentação Suspensão**  **Retorno após afastamento Outro motivo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

**Importante**: A avaliação da documentação será feita de forma única, sendo obrigatória a inclusão no processo de todos os documentos necessários à comprovação de atividades insalubres ou perigosas, conforme consta no documento “**Procedimentos para Solicitação de Adicional Ocupacional**”. Serão **desconsideradas** as exposições a risco(s) ocupacional(is) que em não houve a devida comprovação/justificativa.

**2** Assinatura eletrônica (SIPAC) do(a) Servidor(a) Requerente: