# PORTARIA DE LOCALIZAÇÃO PARA SERVIDOR(A) TÉCNICO ADMINISTRATIVO

**PORTARIA DE LOCALIZAÇÃO n° \_\_\_\_\_, de \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_**

O(A) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Diretor do Centro/Pró-Reitor ou Reitor) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, da UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO, usando das atribuições que lhe confere a Portaria nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, resolve:

**(Campo Exclusivo para Servidores com Cargos de Gestão – FG/CD)**

**Art. 1º** O(A) (Diretor do Centro/Pró-Reitor ou Reitor)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Matrícula SIAPE nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF n°:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, usando das atribuições que me confere o estatuto da UFERSA, **declaro** que o(a) servidor(a) solicitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matrícula SIAPE nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **é ocupante do cargo ou função**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, exercendo suas atividades no setor (especificar local onde realiza as atividades): , desde \_\_/\_\_/\_\_\_\_, com carga horária semanal de horas, conforme a portaria de designação nº: \_\_\_\_, de \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

**Obs: Caso o(a) servidor(a) não ocupe cargo de gestão, exclua o tópico mencionado (campo exclusivo para servidores com cargos de gestão) e renomeie o Art. 2º para Art. 1º**

**Art. 2º** Localizar o(a) servidor(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matrícula SIAPE n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ocupante do cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lotado(a) no(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com carga horária semanal de \_\_\_\_\_\_\_ horas, com exposição a agentes insalubres desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Quadro 1 – Descrição das atividades realizadas SEM CONTATO com agentes de risco**

(Preencha o quadro abaixo informando as atividades e carga horária **semanal** de trabalho no ambiente onde elas são desenvolvidas)

|  |  |
| --- | --- |
| Realização de atividades administrativas, entre outras, as quais **NÃO** envolvem a exposição a agentes insalubres e/ou perigosos | **Tempo (h) por semana** |
|  |  |

**Quadro 2 - Identificação do(s) AGENTES DE RISCOS envolvidos no desempenho das atividades, considerando-se o(s) 1Anexo(s) correspondente(s) ao tipo de risco**

(Selecione o agente de risco e informe a carga horária **semanal** de trabalho, considerando-se a exposição ao(s) agente(s) insalubre(s)/perigoso(s) durante a execução das atividades)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Atividades realizadas com Exposição a Riscos Ocupacionais de forma permanente/habitual** | **Há exposição a agentes de risco?** | **Tempo (h) por semana** |
| Se houver ocorrência **simultânea** de riscos diferentes, favor indicar **quais os agentes de risco envolvidos**. | Sim Não |  |
| Carga horária de trabalho efetivo de atividades práticas EM CONTATO com AGENTE(S) **BIOLÓGICO(S)** | Sim Não |  |
| Carga horária de trabalho efetivo de atividades práticas EM CONTATO com AGENTE(S) **QUÍMICO(S)** | Sim Não |  |
| Carga horária de trabalho efetivo de atividades práticas EM CONTATO com AGENTE(S) **FÍSICO(S)**: Exposição Níveis de Ruído Contínuo ou Intermitente, Ruído de Impacto, Calor, Frio, Umidade, Vibrações | Sim Não |  |
| Carga horária de trabalho efetivo de atividades práticas EM CONTATO com AGENTE(S) **PERIGOSO(S)** - Exemplo: Atividades com Eletricidade, Inflamáveis, Explosivos, Segurança Pessoal ou Patrimonial | Sim Não |  |
| Carga horária de trabalho efetivo de atividades práticas EM CONTATO com AGENTE(S) **INSALUBRE(S)** OU **PERIGOSO(S)** - Exemplo: Radiação Ionizante/ Substâncias Radioativas, Radiação Não Ionizante e Gratificação por Trabalho com Raios-X ou Substâncias Radioativas | Sim Não |  |

**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. Serão desconsideradasas exposições a risco(s) ocupacional(is) em que não houve a devida comprovação/justificativa.

**OBSERVAÇÃO:** Segundo a Instrução Normativa IN n°. 15: Art. 16: **É responsabilidade do gestor da unidade administrativa informar à área de recursos humanos quando houver alteração dos riscos**, que providenciará a adequação do valor do adicional, mediante elaboração de novo laudo. Art. 17: Respondem nas esferas administrativa, civil e penal, os peritos e dirigentes que concederem ou autorizarem o pagamento do adicional em desacordo com a legislação vigente.

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo total e exclusiva responsabilidade pelas mesmas (Observado o disposto no Código Penal Brasileiro em seu Art. 299 e na Lei n°. 10.406, de janeiro de 2002 em seu Art. 219).

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Assinatura do(a) Servidor(a) Requerente** | **Assinatura da Chefia**  **(Diretor(a) de Centro, Pró-Reitor(a) ou Reitor(a)** |