**ANEXO A**

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

**ATENÇÃO:** As **atividades com exposição** ao(s) agente(s) biológico(s) cuja frequência seja **esporádica/eventual** **NÃO** **serão consideradas** na análise da solicitação do adicional ocupacional.

É obrigatória a **comprovação da execução** destas atividades **pelo(a) requerente** por meio de controle de frequência e locais com possibilidade de exposição ao risco biológico.

* **Não caracterizam situação para pagamento do adicional:**

I - o contato com fungos, ácaros, bactérias e outros microorganismos presentes em documentos, livros, processos e similares, carpetes, cortinas e similares, sistemas de condicionamento de ar/ instalações sanitárias;

II - as atividades em que o servidor somente mantenha contato com pacientes em área de convivência e circulação, ainda que o servidor permaneça nesses locais; e

III - as atividades em que o servidor manuseie objetos que não se enquadrem como veiculadores de secreções do paciente, ainda que sejam prontuários, receitas, vidros de remédio, recipientes fechados para exame de laboratório e documentos em geral.

**OBSERVAÇÕES:**

(1) **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 formato digital de preenchimento das informações dará maior clareza e precisão na comunicação.

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

(3) **Este documento apenas será válido se todos os quesitos (itens de 1 a 7) estiverem respondidos; caso contrário, o processo será devolvido** e, se o(a) interessado(a) desejar dar prosseguimento, deverá ser incluído novo Anexo A completamente 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 biológico**, 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 ATIVIDADES EM CONTATO PERMANENTE[[1]](#footnote-1) COM AGENTES BIOLÓGICOS DURANTE A JORNADA DE TRABALHO SEMANAL** |
| Responda o questionário abaixo quanto a(s) atividade(s) na(s) qual(is) **há exposição a risco biológico, cuja frequência seja considerada permanente durante sua jornada laboral**.**Observação:** 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. |
| **1. Marque a opção referente a(s) atividade(s) ou operação(ões) em que o(a) servidor(a) tenha CONTATO PERMANENTE com agente biológico em (a) ou (b).**1. **durante as atividades, há trabalhos com pacientes, animais ou com material infectocontagiante, em:**

☐ Hospitais, serviços de emergência, enfermarias, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados aos cuidados da saúde humana (aplica-se unicamente ao pessoal que tenha contato com os pacientes, bem como aos que manuseiam objetos de uso desses pacientes, não previamente esterilizados);☐ hospitais, ambulatórios, postos de vacinação e outros estabelecimentos destinados ao atendimento e tratamento de animais (aplica-se apenas ao pessoal que tenha contato com tais animais);☐ contato em laboratórios, com animais destinados ao preparo de soro, vacinas e outros produtos;☐ laboratórios de análise clínica e histopatologia **(aplica-se tão-só ao pessoal técnico);**☐ gabinetes de autópsias, de anatomia e histoanatomopatologia (aplica-se somente ao pessoal técnico);☐ cemitérios (exumação de corpos);☐ estábulos e cavalariças;☐ resíduos de animais deteriorados.**(b) Durante a realização das atividades há trabalho(s) ou operação(ões) em CONTATO PERMANENTE com:**☐ **pacientes em isolamento por doenças infectocontagiosas**, bem como objetos de seu uso, não previamente esterilizados;☐ carnes, glândulas, vísceras, sangue, ossos, couros, pelos e dejeções de animais portadores de doenças infectocontagiosas (carbunculose, brucelose, tuberculose);☐ esgotos (galerias e tanques);☐ lixo urbano (coleta e industrialização). |
| **2. Especifique a(s) atividade(s), o(s) ambiente(s), e o tempo de exposição semanal para cada trabalho ou operação identificada com contato permanente.** |
| **Trabalho ou operações, em contato permanente com com risco biológico** | **Local da exposição** | **Tempo (h)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **3. Justifique a necessidade para realização de cada atividade.** |
| **4. Caso tenha contato permanente com pacientes, animais ou materiais não previamente esterilizados do uso destes paciente/animais, descreva as principais patologias relacionadas às atividades desenvolvidas.** |
| **5. Informar as medidas administrativas adotadas no ambiente para eliminação, neutralização ou redução dos riscos decorrentes desta exposição.** |
| **6. Informar as medidas de proteção coletiva adotadas no ambiente para eliminação, neutralização ou redução dos riscos decorrentes desta exposição.** |
| **7. 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:

1. Exposição permanente: aquela que é constante, durante toda a jornada laboral. [↑](#footnote-ref-1)