|  |  |
| --- | --- |
| logo_unioeste**PRÓ-REITORIA DE RECURSOS HUMANOS – PRORH** **SESMT – SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO** | Protocolo nº. |

|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE ADICIONAL DE INSALUBRIDADE** |

|  |
| --- |
| **DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) SERVIDOR(A):** |
| Nome: |
| Função: |
| Telefone: | Lotação: |
| **DADOS DO LOCAL DE TRABALHO** |
| Campus: |  | Centro: |  |
| Laboratório ou Setor: |  |

|  |
| --- |
| **Jornada de Trabalho Semanal:** ( ) 20h ( ) 40h **Período(s) de Trabalho:** ( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Noturno |

|  |
| --- |
| **DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES EXERCIDAS** |
| **Obs.: Docente anexar PIAD** |
| **Observações:** No preenchimento do quadro acima, deverá ser considerado todo o local onde o servidor exerça atividades. Ex: sala de aula, laboratório, etc. |
| **DESCRIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS QUE OPERAM** |
|  |
| **CRONOGRAMA DOS PRODUTOS QUÍMICOS E BIOLÓGICOS MANIPULADOS** |
| **DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS** | **FREQÜÊNCIA** | **VOLUME** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Frequência:** Número de vezes que é repetida a atividade durante a jornada de trabalho (minutos e/ou horas).**Volume:** Quantidade de produto manipulado diariamente ou semanalmente. |
| **OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAR NECESSÁRIAS**(caso necessário anexar arquivo): |
|  |

|  |
| --- |
| **JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO DO ADICIONAL** |
| Identificar e marcar com "X" o(s) Risco(s) existentes nos locais de Trabalho, a que possam estar expostas,  |
| **Riscos Físicos** | **Riscos Químicos** | **Riscos Biológicos** |
| **🞏 Ruído****🞏 Radiações ionizantes****🞏 Frio****🞏 Calor****🞏 Umidade** | **🞏 Poeiras****🞏 Névoas** **🞏 Gases****🞏 Vapores** **🞏 Neblinas**  | **🞏 Vírus****🞏 Bactérias****🞏 Protozoários****🞏 Fungos****🞏 Parasitas** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Descrição da carga horária semanal, das atividades executadas durante a jornada de trabalho:** | **Nº Horas Semanais** |
| Carga horária com operações ou trabalho sem exposição a riscos físicos, químicos, ou biológicos: |  |
| Carga horária com operações ou trabalho envolvendo exposição a agentes de risco físico: |  |
| Carga horária com operações ou trabalho envolvendo manipulação de agentes de risco químico: |  |
| Carga horária com operações ou trabalho envolvendo contato com agentes de risco biológico: |  |
| Carga horária de atividades administrativas, reuniões de departamento, atividades de gabinete, sala de aula, etc.: |  |
| Outros casos – favor especificar a carga horária correspondente e justificar. |  |
| Somatório da carga horária de trabalho (Coincidir com o Regime de trabalho: 20 ou 40h semanais): |  |

Cascavel, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do Servidor(a)

|  |
| --- |
| **DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELA CHEFIA** |
| Nome: |
| Função: | Lotação: |
| **Observação**: A Chefia Imediata deve analisar a ficha preenchida pelo Servidor confirmando com o descrito, nos campos correspondentes.Fica responsável a chefia de informar o SESMT (ramal 5690), sobre a mudança de setor de trabalho, bem como possíveis alterações nas atividades descritas.Declaro, sob as penas da Lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.Cascavel, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura e Carimbo da Chefia Imediata ou Coordenação de Curso |

**\* Após o preenchimento da presente solicitação (frente e verso), protocolizá-lo ao PRORH/SESMT para análise do Serviço de Engenharia de Segurança (SESMT).**

|  |
| --- |
| Resultado de imagem para sesmtConsiderando os parâmetros determinados pela **Lei 10.692** **de 27 de dezembro de 1993**, que se orienta na Portaria do Ministério do Trabalho n° 3.214 de 08 de junho de 1978, que definiu as Normas Regulamentadoras de n° 15 que trata de Atividades e Operações Insalubres e suas alterações posteriores. |