

**PRÓ-REITORIA DE RECURSOS HUMANOS – PRORH  
SESMT – SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE  
SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO**

**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                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ruído<br><input type="checkbox"/> Radiações ionizantes<br><input type="checkbox"/> Frio<br><input type="checkbox"/> Calor<br><input type="checkbox"/> Umidade | <input type="checkbox"/> Poeiras<br><input type="checkbox"/> Névoas<br><input type="checkbox"/> Gases<br><input type="checkbox"/> Vapores<br><input type="checkbox"/> Neblinas | <input type="checkbox"/> Vírus<br><input type="checkbox"/> Bactérias<br><input type="checkbox"/> Protozoários<br><input type="checkbox"/> Fungos<br><input type="checkbox"/> 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).**Considerando os parâmetros determinados pela **Lei 10.692 de 27 de dezembro de 1993**, que se orienta na Portaria do Ministério do Trabalho nº 3.214 de 08 de junho de 1978, que definiu as Normas Regulamentadoras de nº 15 que trata de Atividades e Operações Insalubres e suas alterações posteriores.