|  |  |
| --- | --- |
| 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 PERICULOSIDADE** |

|  |
| --- |
| **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** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Durante o trabalho executado, por força da atribuição legal do cargo, submeto-me a circunstâncias perigosas, como:** | **N° horas SEMANAIS¹** |
| Atividades e operações perigosas com EXPLOSIVOS |  |
| Atividades e operações perigosas com INFLAMÁVEIS |  |
| Atividades e operações perigosas de SEGURANÇA PESSOAL OU PATRIMONIAL |  |
| Atividades e operações perigosas com ENERGIA ELÉTRICA |  |
| Atividades perigosas em MOTOCICLETA |  |
| Atividades e operações perigosas com RADIAÇÕES IONIZANTES ou SUBSTÂNCIAS RADIOTIVAS |  |

¹Estimativa de somatório de horas semanais em exposição ao risco.

|  |
| --- |
| **Mencionar os agentes nocivos aos quais se encontra exposto no exercício de sua atividade** (caso necessário anexar arquivo): |
|  |
| **Especificar a carga horária total semanal de exposição aos agentes nocivos:** |  |

|  |
| --- |
| **QUANTO A RADIAÇÃO IONIZANTE:** |
| **Tipo de Radiação ionizante:** ( ) R-X ( ) y ( ) β ( ) α **Tipo de fonte radioativa:** ( ) selada ( ) não selada |
| **Técnica Utilizada para R-X** (preencha o campo correspondente a suas atividades): |
| ( )Radiologia Odontológica  | Nº semanal de filmes utilizados \_\_\_\_\_\_ |
| ( )R-X (cristalografia)  | Nº de amostras analisadas \_\_\_\_\_\_  |
| ( )Fluorescência de R-X | Nº semanal de amostras analisadas \_\_\_\_\_\_ |
| **Monitoramento:** ( ) sim ( ) não |

|  |
| --- |
| **Nota Explicativa:** (Inserida pela Portaria MTE n.º 595, de 07 de maio de 2015) 1. **NÃO SÃO consideradas perigosas**, para efeito deste anexo, as atividades desenvolvidas em áreas que utilizam **EQUIPAMENTOS MÓVEIS DE RAIOS X PARA DIAGNÓSTICO MÉDICO**. 2. Áreas tais como emergências, centro de tratamento intensivo, sala de recuperação e leitos de internação **NÃO SÃO classificadas como salas de irradiação** em razão do uso do **EQUIPAMENTO MÓVEL DE RAIOS X**. |

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. |