



**unioeste**

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

**PRÓ-REITORIA DE RECURSOS HUMANOS – PRORH**

**SESMT – SERVIÇO DE ENGENHARIA DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO**

Protocolo nº.

**REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE ADICIONAL DE PERICULOSIDADE**

**DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELO(A) SERVIDOR(A):**

Nome:			
Função			
Matrícula:		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**

<b>Durante o trabalho executado, por força da atribuição legal do cargo, submeto-me a circunstâncias perigosas, como:</b>	<b>N° horas SEMANAIS</b>
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 (acima de 380 Volts)	
Atividades perigosas em MOTOCICLETA	
Atividades e operações perigosas com RADIAÇÕES IONIZANTES ou SUBSTÂNCIAS RADIATIVAS	
Atividades e operações perigosas com fiscalização, medições, coletas e amostras em RIOS e RESERVATÓRIOS, medições e monitoramentos em RIOS e LAGOS, em condições de risco acentuado. <b>Título do Projeto de Pesquisa vinculado:</b>	
*Anexar projeto e cronograma das coletas/pesquisa.	

**Mencionar os agentes nocivos aos quais se encontra exposto no exercício de sua atividade**  
(caso necessário utilize o verso da folha):

--

**Especificar a carga horária total semanal de exposição aos agentes nocivos:**

--

**QUANTO A RADIAÇÃO IONIZANTE:**Tipo de Radiação ionizante: ( ) R-X ( )  $\gamma$  ( )  $\beta$  ( )  $\alpha$ 

Tipo de fonte radioativa: ( ) selada ( ) não selada

Técnica Utilizada para R-X (preencha o campo correspondente a suas atividades):

( ) Radiologia Odontológica N° semanal de filmes utilizados \_\_\_\_\_

( ) R-X (cristalografia) N° de amostras analisadas \_\_\_\_\_

( ) Fluorescência de R-X N° 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 corroborando 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 junto ao protocolo da PRORH para posterior 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 n° 3.214 de 08 de junho de 1978, que definiu as Normas Regulamentadoras de n° 16 que trata de Atividades e Operações Perigosas e suas alterações posteriores.**PARECER DO SESMT:**