



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
SESMT – SERVIÇO DE ENGENHARIA DE SEGURANÇA E
MEDICINA DO TRABALHO

Av. Colombo, 5790 - Zona 7 - Fone: 3011-4259
CEP: 87020-900 - Maringá/PR

Protocolo nº.

REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE ADICIONAL DE INSALUBRIDADE

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

Nome:			
Função			
Matricula:		Lotação:	

DADOS DO LOCAL DE TRABALHO

Departamento:			
Bloco:		Sala(s):	
Laboratório:			

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES EXERCIDAS

--	--	--	--

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*

DIA/HORA	BLOCO/LAB.	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	FREQÜÊNCIA	VOLUME

- **Freqüência:** 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 JULGAREM NECESSÁRIO

--	--	--	--

* Após o preenchimento da presente solicitação (frente e verso), protocolizá-lo junto ao protocolo da PRH para posterior análise do Serviço de Engenharia de Segurança (SESMT).

Maringá, ____ / ____ / ____

Assinatura do Servidor(a)

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 <input type="checkbox"/> Radiações ionizantes <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Umidade	<input type="checkbox"/> Poeiras <input type="checkbox"/> Névoas <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Vapores <input type="checkbox"/> Neblinas	<input type="checkbox"/> Vírus <input type="checkbox"/> Bactérias <input type="checkbox"/> Protozoários <input type="checkbox"/> Fungos <input type="checkbox"/> Parasitas

Descrição da carga horária semanal, das atividades executadas durante a jornada de trabalho:	Nº Hs 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, 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):	

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELA CHEFIA (dados da chefia imediata)

Nome:		
Função:		
Matrícula:		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 4259), sobre a mudança do 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.

Data: ____/____/____

Assinatura e Carimbo da Chefia Imediata

PARECER DO SESMT:

