



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

**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:	Nº 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 RADIATIVAS	

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 () γ () β () α

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 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 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.

