

ANEXO I

REQUERIMENTO

SERVIÇO DE BEM ESTAR À COMUNIDADE – SEBEC
DIVISÃO DE SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E
MEDICINA DO TRABALHO – SESMT

SOLICITAÇÃO DE GRATIFICAÇÃO DE INSALUBRIDADE E/OU PERICULOSIDADE

Ao

SEBEC – Serviço de Bem Estar à Comunidade

SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho

Eu, _____,
chapa funcional _____, CPF _____, lotado(a) no(a)
_____, setor _____, telefone
(____)_____, e-mail _____, ocupante do
cargo _____, jornada _____, regime
jurídico _____.

Venho pelo presente requerer:

Solicitação de Inspeção Técnica no ambiente de trabalho para fins de:

concessão, reavaliação do grau, continuidade de gratificação de
_____, nos termos da Lei Estadual nº 10.692/93 e Lei nº 6514/77.

Data: ____/____/____.

Assinatura do Servidor Requerente

Visto e carimbo do Titular da Unidade

Assinatura e carimbo da Chefia Imediata

SERVIÇO DE BEM ESTAR À COMUNIDADE - SEBEC
DIVISÃO DE SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E
MEDICINA DO TRABALHO - SESMT

**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE GRATIFICAÇÃO DE
INSALUBRIDADE E/OU PERICULOSIDADE**

01 – IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL

Servidor: _____

Chapa Funcional: _____ Lotação: _____

Função: _____ Jornada: _____

Regime Jurídico: _____

E-mail: _____ Telefone - trabalho: (____) _____

02 – MOTIVO

Solicitação de Gratificação: Insalubridade Periculosidade

Tipo de Solicitação: Avaliação Inicial Reavaliação

Motivo: Alteração de função Alteração de cargo Alteração de Atividade

Alteração de local de trabalho Outro: _____

03 – AMBIENTE DE TRABALHO – POSTO DE TRABALHO

(caso o servidor desenvolva suas atividades em postos de trabalhos diferentes, deverá utilizar um formulário para cada posto de trabalho)

Local: _____ Setor: _____

Tempo de permanência: _____ Horas/dia Frequência: _____ Dias/semana

Descrição das Atividades Desenvolvidas:

Máquinas e Equipamentos Utilizados:

Descrição	Tempo de Utilização (horas/dia)	Frequência (dias/semana)

Produtos Químicos Manipulados:

Descrição	Tempo de Utilização (horas/dia)	Frequência (dias/semana)

Equipamentos de Proteção Individual Utilizados:

<input type="checkbox"/> Capacete	C.A: _____	<input type="checkbox"/> Óculos	C.A: _____
<input type="checkbox"/> Máscara	C.A: _____	<input type="checkbox"/> Máscara de solda	C.A: _____
<input type="checkbox"/> Protetor Auditivo	C.A: _____	<input type="checkbox"/> Respirador	C.A: _____
<input type="checkbox"/> Avental	C.A: _____	<input type="checkbox"/> Luva	C.A: _____
<input type="checkbox"/> Calçado	C.A: _____	<input type="checkbox"/> Cinto de segurança	C.A: _____
<input type="checkbox"/> Outro:	C.A: _____	<input type="checkbox"/> Outro:	C.A: _____

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, ciente de que qualquer informação falsa importa em responsabilidade criminal nos termos do Art. 299 do Código Penal, estando sujeitos também à penalidade prevista no Art. 172 do Regimento Geral da UEL.

Londrina, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor Requerente

Visto e carimbo do Titular da Unidade

Assinatura e carimbo da Chefia Imediata