**ANEXO DA INSTRUÇÃO DE SERVIÇO Nº 003/2024**

****

 **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, PERICULOSIDADE E/OU ATIVIDADE DE SAÚDE (GAS)**

**01 – IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL**

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Chapa funcional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lotação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Função/Designação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Carga Horária Semanal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Regime Jurídico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone/trabalho: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da Chefia Imediata:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Titular da Unidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**02 – MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Solicitação de Gratificação: | * Insalubridade
 | * Periculosidade
 |
| Tipo de Solicitação: | * Avaliação Inicial
* Continuidade
 | * Reavaliação
* GAS
 |
|  |  |  |
| Motivo: | * Alteração de função
 | * Alteração de cargo
 |
|  | * Alteração de atividade
 | * Alteração de local de trabalho
 |
|  | * Outro (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  |  |  |  |

**03- AMBIENTE DE TRABALHO E/OU POSTO DE TRABALHO**

**OBS.: caso o/a servidor(a) desenvolva suas atividades em postos de trabalhos diferentes, deverá utilizar um formulário para cada posto de trabalho.**

Local:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Setor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tempo de permanência: \_\_\_\_\_ horas por dia.

Frequência: \_\_\_\_\_\_ dias por semana.

**04 – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:**

 **(use anexos se necessário)**

**05 – MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS UTILIZADOS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descrição | Tempo de Utilização(horas por dia) | Frequência(dias por semana) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**06 – PRODUTOS QUÍMICOS MANIPULADOS:**

 **(use anexos se necessário)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Descrição | Tempo de Utilização(horas por dia) | Frequência(dias por semana) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**07 – EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL UTILIZADOS:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Capacete
 | C.A\_\_\_\_\_\_\_  | * Óculos
 | C.A\_\_\_\_\_\_\_  |
| * Máscara
 | C.A\_\_\_\_\_\_\_  | * Máscara de solda
 | C.A\_\_\_\_\_\_\_  |
| * Protetor auditivo
 | C.A\_\_\_\_\_\_\_  | * Respirador
 | C.A\_\_\_\_\_\_\_  |
| * Avental
 | C.A\_\_\_\_\_\_\_  | * Luva
 | C.A\_\_\_\_\_\_\_  |
| * Calçado
 | C.A\_\_\_\_\_\_\_  | * Cinto de segurança
 | C.A\_\_\_\_\_\_\_  |
| * Outro
 | C.A\_\_\_\_\_\_\_  | * Outro
 | C.A\_\_\_\_\_\_\_  |
|  |  |  |  |

**Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.**

**Estou ciente de que qualquer informação falsa importa em responsabilidade criminal nos termos do Código Penal e às penalidades previstas no Regimento Geral da UEL.**

Londrina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Requerente

Assinatura da Chefia Imediata Assinatura do/a Direção da Unidade

**OBSERVAÇÕES:**

**1) O Formulário deverá ser preenchido e assinado pelo(a) requerente, Chefia imediata e Titular da Unidade. (assinatura eletrônica)**

**2) Após o preenchimento, deverá ser digitalizado e enviado para o SESMT/SEBEC via e-protocolo (processo).**

**3) DOCENTE: Obrigatório anexar a carga horária docente por Departamento e espelho dos projetos cadastrados na PROPPG, PROGRAD ou PROEX.**