



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
COMISSÃO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO  
Cidade Universitária "Prof. José Aloísio de Campos"  
Av. Marechal Rondon s/n – Bairro Rosa Elze – São Cristóvão, SE

**REQUERIMENTO DE MANUTENÇÃO, ATUALIZAÇÃO E CONCESSÃO DE ADICIONAIS DE INSALUBRIDADE, PERICULOSIDADE, IRRADIAÇÃO IONIZANTE E GRATIFICAÇÃO POR TRABALHO COM RAIOS-X OU SUBSTÂNCIAS RADIOATIVAS**

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome:	<input type="text"/>	Data de nascimento:	<input type="text"/>		
Sexo:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>	E-mail:	<input type="text"/>
Cargo:	<input type="text"/>	Carga horária semanal:	<input type="text"/>		
Semestre acadêmico (apenas para docente):	<input type="text"/>	Telefone celular: ( <input type="text"/> )	<input type="text"/>		
Matrícula SIAPE:	<input type="text"/>	Telefone do setor: ( <input type="text"/> )	<input type="text"/>		
Chefia imediata:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>		
Setor do trabalho:	<input type="text"/>				
Recebe função gratificada: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Data de início:	<input type="text"/>			
	Função exercida:	<input type="text"/>			
Afastamento: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Período:	<input type="text"/>	a <input type="text"/>		
Motivo do afastamento:	<input type="text"/>				
Possui Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) referente aos exames periódicos: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Ano do último ASO:	<input type="text"/>			
	Caso não possua ASO, qual o motivo? <input type="radio"/> Recusa <input type="radio"/> Outro				

**LOTAÇÃO**

Campus:	<input type="text"/>	Departamento/setor:	<input type="text"/>
Modalidade de ensino:	<input type="radio"/> Tutorial	<input type="radio"/> PEC	<input type="radio"/> Habilidades <input type="radio"/> Outros

**TIPO DA SOLICITAÇÃO**

Concessão  Manutenção  Atualização

**ADICIONAL**

Insalubridade/Periculosidade  Irradiação ionizante  Gratificação por trabalhos com Raio-x ou substâncias radioativas



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**COMISSÃO DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO**  
Cidade Universitária "Prof. José Aloísio de Campos"  
Av. Marechal Rondon s/n – Bairro Rosa Elze – São Cristóvão, SE

### PREENCHIMENTO DE ATIVIDADES LABORAIS

#### DESCRIÇÃO DETALHADA DE TODAS AS ATIVIDADES ROTINEIRAS

ATIVIDADES (CONSIDERADAS INSALUBRES OU NÃO)	DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	CARGA HORÁRIA SEMANAL (HORAS)	LOCAL ESPECÍFICO (NOMENCLATURA OFICIAL)	EXPOSIÇÃO A AGENTES DELETÉRIOS? ○ Sim ○ Não QUAIS?

Declaro que são verdadeiras todas as informações prestadas nesse formulário e que assumo inteira responsabilidade pelas mesmas.

\_\_\_\_\_  
SERVIDOR  
(Carimbo e assinatura)

\_\_\_\_\_  
CHEFIA IMEDIATA  
(Carimbo e assinatura)

\_\_\_\_\_  
DIRETOR GERAL  
(Carimbo e assinatura)