



**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 GAS – GRATIFICAÇÃO DE ATIVIDADE DE SAÚDE

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

Nome:			
Função			
Matricula:		Lotação:	

### DADOS DO LOCAL DE TRABALHO

Departamento:			
Bloco:		Sala(s):	
Laboratório ou Setor:			

### 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.

Maringá, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Servidor(a)

\_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura da Chefia

### PARECER DA COMISSÃO DA GAS

1) AS DESCRIÇÕES ATENDEM A LEI Nº. 17.382/2012	( ) SIM	( ) NÃO
2) LOCAL DE TRABALHO PREVISTO NO PROCESSO 9887/2008-PRO	( ) SIM	( ) NÃO
3) DIANTE DO EXPOSTO	( ) DEFIRO	( ) INDEFIRO

Maringá, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos Membros da Comissão da GAS

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos Membros da Comissão da GAS

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos Membros da Comissão da GAS