



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