



## RESOLUÇÃO Nº 1.719/2017

PÁGINA

DATA

Em 17 de agosto de 2017.

**ASSUNTO:** Processo de revisão das gratificações de insalubridade e periculosidade vigentes

**DATA DA ENTRADA EM VIGOR:** 17 de agosto de 2017

**REVOGAÇÃO:**

**DISTRIBUIÇÃO:** Geral

REVOGADA pela

RESOLUÇÃO nº 1.721/2017

de 21 / 08 / 17

O Diretor-Presidente do Instituto Agrônomo do Paraná – IAPAR, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo artigo 15 do Regulamento da Instituição e considerando:

- a. A necessidade de atualizar as informações e os laudos técnicos das atividades laborativas com exposição a agentes nocivos à saúde, a fim de resguardar a integridade do servidor por meio da neutralização ou eliminação dos riscos;
- b. As disposições do Decreto Estadual n.º 6.558 de 29 de março de 2017, que regulamenta os trâmites administrativos dos pedidos de aposentadoria dos servidores públicos pertencentes à Administração Direta, Autárquica e Fundacional do Estado do Paraná;
- c. A exigência de transparência dos atos administrativos pelos Órgãos de Fiscalização e Controle e pela sociedade e o poder discricionário da Administração em rever seus próprios atos;
- d. As disposições da Resolução IAPAR n.º 1.717/2017 de 16 de agosto de 2017, que aprovou a norma Concessão da Gratificação de Insalubridade e Periculosidade.

### RESOLVE:

1. Revisar as gratificações de insalubridade e periculosidade vigentes dos servidores do IAPAR, conforme cronograma constante no Anexo I, à luz do artigo 6º da Lei n.º 10.692 de 27 de dezembro de 1993, por meio do preenchimento de formulário específico “Avaliação para Concessão de Gratificação de Insalubridade ou Periculosidade” (Anexo II).
  - 1.1 Aqueles servidores que injustificadamente não prestar informação para o preenchimento do Formulário (Anexo II) no período estabelecido pelo cronograma constante do Anexo I, terão a gratificação de insalubridade ou periculosidade cancelada automaticamente;
  - 1.2 A Diretoria de Gestão de Pessoas-DGP, por meio da Gerência de Benefícios Sociais-GBS, a seu critério, poderá realizar inspeções das atividades de servidores em seus ambientes de trabalho;
  - 1.3 As informações fornecidas deverão ser compatíveis e fidedignas com aquelas efetivamente exercidas pelo servidor no desenvolvimento de suas atividades;
  - 1.4 Servidores em licença, férias ou outros afastamentos considerados de efetivo exercício no período de avaliação estipulado no cronograma, deverão, assim que retornar às atividades, procurar a Gerência de Benefícios Sociais para agendar nova data, sob pena de cancelamento da gratificação;
  - 1.5 No cronograma constante do Anexo I está prevista a revisão de gratificações de insalubridade e periculosidade em vigência. Para novas avaliações de concessão o servidor deverá solicitar previamente um agendamento com a Gerência de Benefícios Sociais.
2. A responsabilidade pela condução do processo será da Gerência de Benefícios Sociais, unidade integrante da Diretoria de Gestão de Pessoas, onde poderão ser obtidos esclarecimentos, caso necessário.
3. A GBS/Diretoria de Gestão de Pessoas divulgará comunicado relacionando os servidores agendados para cada dia, informando local e horário previsto.
4. O Cronograma poderá sofrer alterações a qualquer tempo, definindo-se novas datas para a atividade. Eventuais alterações serão comunicadas.

  
**FLORINDO DALBERTO**  
Diretor-Presidente

## Anexo I

Etapas Previstas	Período	
	Início	Término
• <b>Sede do IAPAR/Londrina</b>	21/08/2017	14/09/2017
• <b>Polo de Ponta Grossa</b> <i>Fazenda Modelo, Polo Ponta Grossa, Florestal e UBS</i>	18/09/2017	22/09/2017
• <b>Polo de Curitiba</b> <i>Lapa, Morretes, Cerro Azul e Polo Curitiba</i>	25/09/2017	29/09/2017
• <b>Polo de Pato Branco</b> <i>Guarapuava, Palmas e Polo Pato Branco</i>	02/10/2017	06/10/2017
• <b>Polo de Santa Teresa do Oeste</b> <i>Santa Helena, Palotina e Polo Santa Teresa do Oeste</i>	09/10/2017	13/10/2017
• <b>Polo de Paranavaí</b> <i>Xambrê, Umuarama e Polo de Paranavaí</i>	16/10/2017	20/10/2017
• <b>Joaquim Távora, Cambará e Ibiporã</b>	23/10/2017	27/10/2017





SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO E PREVIDÊNCIA  
COORDENADORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL – CSO  
Setor de Engenharia de Segurança do Trabalho

AVALIAÇÃO PARA CONCESSÃO DE GRATIFICAÇÃO DE  
INSALUBRIDADE OU PERICULOSIDADE



INSTITUTO AGRONÔMICO DO PARANÁ

LOCAL :

UNIDADE :

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

Nome:

Função:

Lotação:

Data de  
Admissão:

ID:

Regime de trabalho: ( ) Estatutário

DADOS DO LOCAL DE TRABALHO

Local de  
Trabalho:

Laboratório:

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES EXERCIDAS

**Observações:** No preenchimento do quadro acima, deverá ser considerado todo local de trabalho onde o servidor exerça suas atividades.  
**Exemplo:** campo, laboratório, etc.

DESCRIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS/MÁQUINAS OPERADAS

PRODUTOS QUÍMICO(S) E BIOLÓGICO(S) MANIPULADO(S)

TEMPO	LOCAL	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS	FREQUÊNCIA (horas/semana)	VOLUME

**Frequência:** Número de vezes que é repetida a atividade durante a semana (minutos e/ou horas).  
**Volume:** Quantidade de produto manipulado diariamente ou semanalmente.

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO DO ADICIONAL

Justificativa considerando as disposições da Lei nº 10.692 de 27 de dezembro de 1993, orientações da Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978 do Ministério do Trabalho e das Normas Regulamentadoras nºs 15 e 16, que trata de Atividades e Operações Insalubres e Perigosas, respectivamente, e suas alterações.

Marcar com um "X" o(s) risco(s) existente(s) a que possa estar exposto no local de trabalho, bem como o tempo a que fica exposto, conforme tabela abaixo:

<input type="checkbox"/> Raios-X ou Substâncias Radioativas. Tempo: _____	<input type="checkbox"/> Produtos químicos. Tempo: _____
<input type="checkbox"/> Sistema Elétrico. Tempo: _____	<input type="checkbox"/> Gases. Tempo: _____
<input type="checkbox"/> Inflamáveis. Tempo: _____	<input type="checkbox"/> Vapores. Tempo: _____
<input type="checkbox"/> Radiação não ionizante. Tempo: _____	<input type="checkbox"/> Poeiras. Tempo: _____
<input type="checkbox"/> Ruído. Tempo: _____	<input type="checkbox"/> Sangue. Tempo: _____
<input type="checkbox"/> Vibração. Tempo: _____	<input type="checkbox"/> Fezes. Tempo: _____
<input type="checkbox"/> Umidade. Tempo: _____	<input type="checkbox"/> Urina. Tempo: _____
<input type="checkbox"/> Frio intenso. Tempo: _____	<input type="checkbox"/> Saliva. Tempo: _____
<input type="checkbox"/> Calor (alta temperatura). Tempo: _____	<input type="checkbox"/> Contato com animais. Tempo: _____

### JUSTIFICAR E ESCLARECER A(S) INFORMAÇÃO(S) CITADA(S) NO ITEM ANTERIOR E OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAR NECESSÁRIAS

### EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO COLETIVA E INDIVIDUAL UTILIZADOS

Declaro, sob pena da Lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade e autorizo a equipe técnica da Segurança do Trabalho do IAPAR e da CSO – SEAP a verificar tais informações. Tenho ciência que, caso seja verificado algum desacordo entre as informações prestadas e as verificadas pela equipe técnica, estarei sujeito(a) às punições cabíveis de acordo com a lei 6.174 de 16 de novembro de 1970.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura Servidor(a)

#### DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELA CHEFIA IMEDIATA

Nome:

Função:

Lotação:

**Observação:** A Chefia Imediata deve analisar a ficha preenchida pelo Servidor corroborando com o descrito, nos campos correspondentes, assim como, fica responsável de informar Diretoria de Gestão de Pessoas (DGP), sobre a mudança do setor de trabalho, término de projeto, bem como alterações nas atividades e riscos descritos. Declaro, sob as penas da Lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo da Chefia Imediata

#### VALIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E PARECER DA DIRETORIA RESPECTIVA

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo da Diretoria

#### VALIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES E PARECER DA DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura e carimbo da Diretoria de Gestão de Pessoas

**Parecer** (se julgar necessário):

#### PARECER – COORDENADORIA DE SAÚDE OCUPACIONAL - CSO/SEAP