**Ficha de Descrição de Atividades Laborais - Hospital Universitário**

***Instruções****: preencha os dados abaixo para solicitar avaliação ou reavaliação para recebimento de adicional.*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nome do servidor: | 2. Matrícula SIAPE: |
| 3. Setor(es) de trabalho: |
| 4. Descrição de atividades. Descreva suas atividades conforme a frequência de realização |
| Atividades que realiza **rotineiramente** em um dia normal de trabalho:  |
| Atividades que realiza com **menor frequência** (algumas vezes na semana ou no mês): |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Atividade** | **Tempo de exposição na semana (h)** |
| Atividades em ambiente administrativo |  |
| Atendimento direto a pacientes |  |
| Outra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Outra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

 |
| 5. Faz a manipulação de produtos químicos?  | ( ) Não( ) Sim **(se sim, preencher item 6.)** |
| 6. Lista de produtos químicos conforme frequência de exposição |
| Produtos que manipula **TODOS OS DIAS, SEM EXCEÇÃO**: |
| Produtos que não manipula todos os dias, mas que manipula **TODAS AS SEMANAS, SEM EXCEÇÃO**: |
| Produtos que não manipula todas as semanas, mas que manipula **TODOS OS MESES, SEM EXCEÇÃO**: |
| Produtos que manipula apenas em **ALGUNS MESES ESPECÍFICOS DO ANO**: |
| 7. Possui contato com pacientes em isolamento por doenças infectocontagiosas? | ( ) Não( ) Sim, **se sim, preencher itens 8 e 9.** |
| 8. Liste as doenças infectocontagiosas dos pacientes em isolamento que teve contato recentemente: |
| 9. Selecione o(s) tipo(s) de isolamento aplicado(s) aos pacientes: |
| ( ) Contato | ( ) Gotículas | ( ) Aerossol | ( ) Reverso |
| 10. Equipamento de proteção individual (EPI) recebido para o trabalho: |
| **EPI** | **Nº Certificado de Aprovação (CA)** |
| 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - | 1 - 2 -3 -4 - 5 -6 - |
| Data: |
| **Por ser verdade as informações prestadas, assinam este documento o servidor requisitante e sua chefia imediata que confirma as informações prestadas pelo servidor.** |
| Assinatura do servidor: |  |
| Nome da chefia: |  |
| Assinatura da chefia: |  |