**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: |  | | |