**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS TRABALHADORES EBSERH**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR** | | | |
| **NOME** |  | **CARGO** |  |
| **LOTAÇÃO/ POSTO DE TRABALHO** | Ex: Setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutico/ Unidade de Diagnóstico por Imagem e Diagnósticos Especializados / sala chefia ... hemodinâmica...etc | **CHEFE** |  |
| **CARGA HORÁRIA:** | | **SIAPE** |  |
| **PERÍODO** | **A partir de \_\_\_/\_\_\_/ 20\_\_** | | |

|  |
| --- |
| **Atenção**:   1. O preenchimento deste documento é de responsabilidade da chefia imediata e as situações descritas serão objeto de comprovação. 2. É necessário que o empregado contratado solicite à sua chefia o envio de ofício à Segurança do Trabalho/ SOST/ DivGP, relatando a sua localização com o nome (serviço, unidade, setor, divisão) do atual organograma Ebserh e informar também as atribuições e locais/ posto de trabalho em que o contratado irá realizar e atuar respectivamente para a emissão de laudo. 3. Lembramos que o pagamento do adicional de insalubridade ou periculosidade será de acordo com a data do ofício enviado (conforme POP de requerimento de insalubridade). |
| **Legislação:**  Art. 17 da Instrução normativa do MPOG: Respondem nas esferas administrativas, civil e penal, os peritos e dirigentes que concederem ou autorizarem o pagamento dos adicionais em desacordo com a legislação vigente. |

|  |
| --- |
| **AGENTES AMBIENTAL:** |
| **FÍSICOS:** **1 –** Ruído; **2 –** Calor; **3 –** Radiações Ionizantes (RAIOS X); **4 –** Radiações Não Ionizantes (LASER, ULTRAVIOLETA); **5 –** umidade; |
| **QUÍMICOS: 6 –** Quimioterápicos (manipulação); **7 –** Quimioterápicos (administração em pacientes); **8 –** Outros químicos: Especificar (manipulação) |
| **BIOLÓGICOS:** **9 –** Bactérias, Fungos, Vírus etc (proveniente de contato com materiais usados por pacientes em seu tratamento); **10 –** Bactérias, Fungos, Vírus etc (proveniente de contato/ proximidade com pacientes); **11 –** Bactérias, Fungos, Vírus etc (proveniente de contato/ proximidade com pacientes em isolamento respiratório) |

**(Rol de atividades semanais passíveis de exposição a agentes ambientais acima descritos)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES/ PROCEDIMENTOS** | **LOCAL/POSTO DE TRABALHO** | **AGENTE AMBIENTAL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Local e data** | **Assinatura do servidor** | **Assinatura e carimbo Chefia** |

**ESCALA BÁSICA SEMANAL Ano: 20\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORÁRIO** | **SEGUNDA** | **TERÇA** | **QUARTA** | **QUINTA** | **SEXTA** | **SÁBADO** | **DOMINGO** |
| **07:00-08:00** |  |  |  |  |  |  |  |
| **08:00-09:00** |  |  |  |  |  |  |  |
| **09:00-10:00** |  |  |  |  |  |  |  |
| **10:00**-**11:00** |  |  |  |  |  |  |  |
| **11:00**-**12:00** |  |  |  |  |  |  |  |
| **12:00**-**13:00** |  |  |  |  |  |  |  |
| **13:00-14:00** |  |  |  |  |  |  |  |
| **14:00-15:00** |  |  |  |  |  |  |  |
| **15:00-16:00** |  |  |  |  |  |  |  |
| **16:00-17:00** |  |  |  |  |  |  |  |

**LEGENDA:**

**CM1=** Clínica Médica 1/ **CM2=** Clínica Médica 2/ **AC=**Alojamento Conjunto/ **CG=** Clínica Ginecológica/ **CO=** Centro Obstétrico/ **UTI Ad.=** Unidade de Tratamento Intensivo Adulto/ **UTI Neo=** Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal/ **Em. Ad.=** Emergência Adulto/ **Em. Ped.=** Emergência Pediátrica/ **Amb.=** Ambulatório/ **CCR1=** Clínica Cirúrgica 1/ **CCR2=** Clínica Cirúrgica 2/ **Plantão\*=** atendimento a diversas unidades incluindo Emergência Adulto, Pediátrica e UTI. **(Caso utilize abreviações, adapte a legenda conforme exemplos / configure escala de acordo com as atividades do servidor - APAGAR)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Local e data** | **Assinatura do servidor** | **Assinatura e carimbo Chefia** |