



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS
DIVISÃO DE PROMOÇÃO À SAÚDE
SETOR DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO

Objetivo: Avaliar as condições do ambiente de trabalho sob o ponto de vista de saúde e segurança, propondo melhorias e ações corretivas, quando observadas não conformidades.

Data:	/	/	
Nome:	_____		
Data de Nascimento:	__ / __ / ____	Jornada de trabalho:	_____
Cargo:	_____	Mat. Siape:	_____
Sexo: ()M ()F	Telefone residencial e Cel.: _____		
E-mail:	_____		
Unidade da Unirio onde Trabalha:	_____		
Endereço desta Unidade:	_____		
Setor:	_____		
Chefe Imediato:	_____		

1. Quais são os locais/ambientes em que trabalha? Descreva em detalhes a estrutura (piso, paredes, escadas, etc.), ventilação, iluminação, disposição dos materiais, organização e número de pessoas que neles trabalham.

2. Descreva com detalhes as atividades que você desempenha dentro do seu cargo/função/especialidade em cada local de trabalho e o tempo de duração de cada etapa do processo. Em caso de docente, favor anexar o Plano de Aula, constando carga horária teórica e prática.

3. No trabalho manuseia substâncias químicas? Sim Não
Caso afirmativo, cite-as, anexe as Fichas de Informações de Segurança de Produtos Químicos - FISPQ's e descreva como as utiliza no trabalho, seus equipamentos para manuseio e o tempo de exposição. Em caso de trabalho em laboratório, anexar as práticas laboratoriais.

4. O seu trabalho envolve manutenção/instalação de circuito de alta tensão? Sim Não
Caso afirmativo, descreva como as desenvolve, em quais condições e instalações, ferramentas de trabalho e equipamentos de proteção.

5. Você utiliza algum equipamento de proteção individual na execução de suas tarefas?
 Sim Não Caso afirmativo, quais?

6. No local de trabalho há ruído? Sim Não

7. A temperatura do seu ambiente de trabalho é: Agradável Frio Quente Outros

8. A iluminação do local de trabalho é adequada? Sim Não Explique.

9. Que sugestões você tem para melhoria de seu ambiente de trabalho sob o ponto de vista de saúde e segurança?

Servidor: _____ Assinatura: _____
(Nome em Letra de Forma)

Chefe Imediato: _____ Assinatura: _____
(Nome em Letra de Forma)