



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO

UFRJ

PRÓ-REITORIA DE PESSOAL
Superintendência Geral de Pessoal
Coordenação de Políticas de Pessoal
Divisão de Avaliação de Desempenho



FORMULÁRIO COMPLEMENTAR AVALIAÇÃO DE AMBIENTE DE TRABALHO

DADOS DO(A) SERVIDOR(A)

Nome: _____

Matrícula Siape: _____

Cargo: _____

Unidade: _____

Equipe no AvaDes: _____



1- Quais aspectos poderiam ser melhorados no seu local de trabalho, favorecendo seu melhor desempenho profissional? (Pode ser escolhida mais de uma opção).	
<input type="checkbox"/>	Area física comprometida
<input type="checkbox"/>	Circulação obstruída
<input type="checkbox"/>	Climatização / iluminação / acústica prejudicadas
<input type="checkbox"/>	EPI (Equipamento de Proteção Individual) / instalações elétricas / radiação ionizante e/ou não ionizante
<input type="checkbox"/>	Umidade/ infiltração/ mobiliário inadequados
<input type="checkbox"/>	Higienização de máquinas, equipamentos e utensílios (deficiência ou ausência)
<input type="checkbox"/>	Presença de gases, vapores ou agentes químicos
<input type="checkbox"/>	Área reduzida; pé direito inferior ao recomendado; circulação comprometida
<input type="checkbox"/>	Piso, teto, paredes com umidade, infiltração, risco de quedas
<input type="checkbox"/>	Ausência de fornecimento de EPI (Equipamento de Proteção Individual)
<input type="checkbox"/>	Instalações elétricas com risco de curto circuito
<input type="checkbox"/>	Outros

02- Seu local de trabalho (pode ser escolhida mais de uma opção):	
<input type="checkbox"/>	Possibilita a ocorrência de acidentes de trabalho
<input type="checkbox"/>	Possibilita a ocorrência de contaminação biológica
<input type="checkbox"/>	Não apresenta riscos significativos
<input type="checkbox"/>	Apresenta emissão de Gases, Vapores, Poeiras, Fumaças

03 - Você já recebeu treinamento relativo à Segurança e saúde do Trabalho (SST)?	
<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

04- Seu local de trabalho dispõe de (pode ser escolhida mais de uma opção):	
<input type="checkbox"/>	Extintores de incêndio na validade
<input type="checkbox"/>	Caixas de incêndio equipada
<input type="checkbox"/>	Formação de brigada de incêndio
<input type="checkbox"/>	Alarme de incêndio
<input type="checkbox"/>	Rede de sprinklers
<input type="checkbox"/>	Detectores de fumaça
<input type="checkbox"/>	Saídas de emergência
<input type="checkbox"/>	Bombeiro profissional civil
<input type="checkbox"/>	Sinalização da rota de fuga
<input type="checkbox"/>	Plano de emergência
<input type="checkbox"/>	Prática de simulação de abandono
<input type="checkbox"/>	Nenhuma das anteriores

05 - Como você classificaria a sua relação com os participantes de sua equipe de trabalho?	
<input type="checkbox"/>	Insatisfatório
<input type="checkbox"/>	Regular
<input type="checkbox"/>	Bom
<input type="checkbox"/>	Muito bom
<input type="checkbox"/>	Excelente



06 - Como você classificaria sua relação com sua chefia imediata?	
<input type="checkbox"/>	Insatisfatório
<input type="checkbox"/>	Regular
<input type="checkbox"/>	Bom
<input type="checkbox"/>	Muito bom
<input type="checkbox"/>	Excelente

07 - Como você classificaria sua saúde física e mental?	
<input type="checkbox"/>	Insatisfatório
<input type="checkbox"/>	Regular
<input type="checkbox"/>	Bom
<input type="checkbox"/>	Muito bom
<input type="checkbox"/>	Excelente

08- Neste período de pandemia da COVID19, em trabalho remoto, dispensa do trabalho por ser grupo de risco ou semi-presencial, como você classificaria sua adaptação às tarefas laborais?	
<input type="checkbox"/>	Insatisfatório
<input type="checkbox"/>	Regular
<input type="checkbox"/>	Bom
<input type="checkbox"/>	Muito bom
<input type="checkbox"/>	Excelente
<input type="checkbox"/>	Não se aplica

Data:
Assinatura do(a) Servidor(a):