**Ficha de Avaliação Prévia e Capacitação de Profissionais de Serviços Complementares – Covid 19**

UNIDADE DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA DO TRABALHO - USOST

|  |
| --- |
| Atesto que o profissional a seguir foi por mim avaliado e encontra-se. |
| Nome:  | SIAPE:  | Cargo:  | Unidade/Setor:  |
| ( ) Apto ( ) Inapto a realizar atividade com potencial exposição ao SARS– CoV-2 durante.( ) Período de emergência em saúde pública ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome:  | SIAPE:  | Cargo:  | Unidade/Setor:  |
| ( ) Apto ( ) Inapto a realizar atividade com potencial exposição ao SARS– CoV-2 durante.( ) Período de emergência em saúde pública ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome:  | SIAPE:  | Cargo:  | Unidade/Setor:  |
| ( ) Apto ( ) Inapto a realizar atividade com potencial exposição ao SARS– CoV-2 durante.( ) Período de emergência em saúde pública ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome:  | SIAPE:  | Cargo:  | Unidade/Setor:  |
| ( ) Apto ( ) Inapto a realizar atividade com potencial exposição ao SARS– CoV-2 durante.( ) Período de emergência em saúde pública ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome:  | SIAPE:  | Cargo:  | Unidade/Setor:  |
| ( ) Apto ( ) Inapto a realizar atividade com potencial exposição ao SARS– CoV-2 durante.( ) Período de emergência em saúde pública ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome:  | SIAPE:  | Cargo:  | Unidade/Setor:  |
| ( ) Apto ( ) Inapto a realizar atividade com potencial exposição ao SARS– CoV-2 durante.( ) Período de emergência em saúde pública ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome:  | SIAPE:  | Cargo:  | Unidade/Setor:  |
| ( ) Apto ( ) Inapto a realizar atividade com potencial exposição ao SARS– CoV-2 durante.( ) Período de emergência em saúde pública ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome:  | SIAPE:  | Cargo:  | Unidade/Setor:  |
| ( ) Apto ( ) Inapto a realizar atividade com potencial exposição ao SARS– CoV-2 durante.( ) Período de emergência em saúde pública ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nome:  | SIAPE:  | Cargo:  | Unidade/Setor:  |
| ( ) Apto ( ) Inapto a realizar atividade com potencial exposição ao SARS– CoV-2 durante.( ) Período de emergência em saúde pública ( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data e assinatura (Médico do Trabalho)  |