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

PROFISSIONAL DE SERVIÇO COMPLEMENTAR

|  |  |
| --- | --- |
| Declaro que fui informado que somente devo circular ou permanecer em áreas de triagem ou assistência a casos de Covid-19 por solicitação do responsável pelo setor. Neste(s) momento(s) deverei utilizar EPI, conforme orientado pela USOST/CCIH. Após cada acesso, deverei informar â USOST registro da permanência no setor, com prazo de 72 horas. | Data e assinatura (Profissional de Apoio) |
| Entende-se como serviço complementar atividades exercidas por empregado que não compõe a Equipe Covid-19.  Médico do trabalho poderá designar médicos examinadores para avaliação dos funcionários de serviços diferenciados. | |
| Esta ficha deverá ficar em posse do empregado de serviço complementar. | |