



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA  
PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS  
Av. Presidente Dutra, 2965 - Centro/ Porto Velho-RO / Cep: 78.900-500  
Fone/Fax: (69) 2182-2001 E-mail: pragep@unir.br

## **FORMULÁRIO DOS TERCEIRIZADOS**



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
 FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA  
 PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS  
 Av. Presidente Dutra, 2965 - Centro/ Porto Velho-RO / Cep: 78.900-500  
 Fone/Fax: (69) 2182-2001 E-mail: pragep@unir.br

<b>HISTÓRICO FUNCIONAL</b>			
<b>1. IDENTIFICAÇÃO</b>			
NOME:			
END. RES:		BAIRRO:	
CIDADE:		CEP:	
PORTADOR DEFICIÊNCIA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
DATA DE NASCIMENTO:		SEXO: FEM <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/>	
CIDADE:		UF:	
NACIONALIDADE:		TIPO SANGUÍNEO:	
ESTADO CIVIL: CASADO <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>			
TEL. RES:	TEL.COM:	FAX:	
CELULAR:	E-MAIL:		
<b>2. SITUAÇÃO FUNCIONAL</b>			
LOCAL DE TRABALHO:			
CARGO:			
NIVEL: APOIO <input type="checkbox"/> MÉDIO <input type="checkbox"/> SUPERIOR <input type="checkbox"/>			
DATA ADMISSÃO:		TEMPO DE SERVIÇO NO LOCAL:	
CHEFIA IMEDIATA:			
REGIME DE TRAB: TÉC.-ADM <input type="checkbox"/> DOC <input type="checkbox"/> BOLSISTA <input type="checkbox"/> ESTAGIÁRIO <input type="checkbox"/> TERCEIRIZADO <input type="checkbox"/> EMPRESA:			
<b>3. FORMAÇÃO ACADÊMICA</b>			
ALFABETIZADO <input type="checkbox"/>	I GRAU	COMPLETO <input type="checkbox"/>	INCOMPLETO <input type="checkbox"/> EM ANDAMENTO <input type="checkbox"/> série



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
 FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA  
 PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS  
 Av. Presidente Dutra, 2965 - Centro/ Porto Velho-RO / Cep: 78.900-500  
 Fone/Fax: (69) 2182-2001 E-mail: pragep@unir.br

II GRAU	COMPLETO <input type="checkbox"/>	INCOMPLETO <input type="checkbox"/>	EM ANDAMENTO
			<input type="checkbox"/> série
PÓS-MÉDIO <input type="checkbox"/> Habilitação:			TÉRMINO (ANO)
III GRAU	CURSO:		TÉRMINO (ANO)

4. ADICIONAL DE INSALUBRIDADE/PERICULOSIDADE/RX			
PERCEBE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>			
INSALUBRIDADE <input type="checkbox"/>	PERICULOSIDADE <input type="checkbox"/>	RX <input type="checkbox"/>	
PERCENTUAL : 5% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/>			

5. JORNADA DE TRABALHO								
HORAS SEMANAIS TRABALHADAS:								
		2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	Sáb	Dom
MANHÃ	ENTRADA							
	SAIDA							
TARDE	ENTRADA							
	SAIDA							
NOITE	ENTRADA							
	SAIDA							
OBS:								



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
 FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA  
 PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS  
 Av. Presidente Dutra, 2965 - Centro/ Porto Velho-RO / Cep: 78.900-500  
 Fone/Fax: (69) 2182-2001 E-mail: pragep@unir.br

**6. ANÁLISE PESSOAL DA ORGANIZAÇÃO**

1. Qual a sua visão da Instituição?


2. No seu trabalho:

--

O que gera satisfação:


O que gera insatisfação:


4. Como você classifica a qualidade do relacionamento no seu ambiente de trabalho?

Justifique:


5. Que habilidades/conhecimentos/aptidões você precisa para atingir seu objetivo profissional? ( cursos de capacitação / qualificação)


6. O trabalho que você desenvolve, no momento, está dentro de suas expectativas profissionais? Sim  Não

    Sendo a resposta negativa: Por que ocorre e o que sugere?

--



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
 FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA  
 PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS  
 Av. Presidente Dutra, 2965 - Centro/ Porto Velho-RO / Cep: 78.900-500  
 Fone/Fax: (69) 2182-2001 E-mail: pragep@unir.br

7. Que tipo de contribuição você espera dar a Instituição?

8. Qual o motivo da última mudança de ponto de trabalho?

11. Quando foi a sua última capacitação e qual o curso realizado ?

### 7. SITUAÇÃO SÓCIO-OCUPACIONAL

Depen- dentes	Nome	Grau Paren- tesco	Idade	Instrução	Profissão	Patologias
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						

#### Grau de Parentesco

- 1- Cônjuge
- 2- Pai
- 3- Mãe
- 4- Filho(a)
- 5- Sobrinho(a)
- 6- Tio(a)
- 7- Outros

#### Instrução

- 1- Analfabeto(a)
- 2- Alfabetizado(a)
- 3- 1º Grau Incompleto
- 4- 1º Grau
- 5- 2º Grau Incompleto
- 6- 2º Grau
- 7- 3º Grau Incompleto
- 8- 3º Grau
- 9- Especialização
- 10- Mestrado
- 11- Doutorado
- 12- Outros



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
 FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA  
 PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS  
 Av. Presidente Dutra, 2965 - Centro/ Porto Velho-RO / Cep: 78.900-500  
 Fone/Fax: (69) 2182-2001 E-mail: pragep@unir.br

1. Que meios de transporte utiliza para deslocamento ao trabalho?		
AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> ÔNIBUS <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> MOTO <input type="checkbox"/> OUTRO ( )		
2. Possui veículo próprio? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		
3. Tem outra fonte de renda? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAL?		
Onde?		
Comentário:		
4. Você já teve ou tem doença relacionada com o trabalho?		
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAL:		
5. Você já sofreu acidente de trabalho?		
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUAL:		
6. É portador de algumas das doenças abaixo?		
<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Insônia	<input type="checkbox"/> Aumento ou perda de peso
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Dor de cabeça	<input type="checkbox"/> D.O.R.T./ LER	<input type="checkbox"/> Falta de ar
<input type="checkbox"/> Herpes labial	<input type="checkbox"/> Dor nas costas	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial
<input type="checkbox"/> Infecção dentária	<input type="checkbox"/> Infecção urinária	<input type="checkbox"/> Problemas de audição
<input type="checkbox"/> Reumatismo	<input type="checkbox"/> Tosse crônica	<input type="checkbox"/> Tuberculose
<input type="checkbox"/> Nenhuma	Outras:	
7. Faz uso de algum medicamento controlado?		
<input type="checkbox"/> Anticoagulante	<input type="checkbox"/> Anticonvulsivante	<input type="checkbox"/> Antidepressivo
<input type="checkbox"/> Anti-hipertensivos	<input type="checkbox"/> Ansiolíticos	<input type="checkbox"/> Calmantes
<input type="checkbox"/> Hipoglicemiantes	<input type="checkbox"/> Indutores do sono	<input type="checkbox"/> Insulina
<input type="checkbox"/> Remédios para emagrecer	<input type="checkbox"/> Anticoncepcional	<input type="checkbox"/> Nenhum
Outros:		



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
 FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA  
 PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS  
 Av. Presidente Dutra, 2965 - Centro/ Porto Velho-RO / Cep: 78.900-500  
 Fone/Fax: (69) 2182-2001 E-mail: pragep@unir.br

8. Cite doenças crônicas e/ou situações debilitantes:
Cônjuge:
Filhos:
Outros dependentes:
9. Pratica algum esporte? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Qual?
10. Tem alguma atividade de lazer? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Qual?
11. Tabagismo? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> QUANTO TEMPO/ANOS
12. Ingestão de bebida alcoólica? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Caso SIM: Diária <input type="checkbox"/> Finais de Semana <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>
13. Você mora em: casa <input type="checkbox"/> apartamento <input type="checkbox"/> :
própria <input type="checkbox"/> financiada <input type="checkbox"/> alugada <input type="checkbox"/> emprestada <input type="checkbox"/> Outra
14. Nº de cômodos:
15. Quantas pessoas moram com você?
16. Quantas dessas pessoas contribuem para a renda familiar?

### 8. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

1. Qual a sua função no seu posto de trabalho?




**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA  
PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS  
Av. Presidente Dutra, 2965 - Centro/ Porto Velho-RO / Cep: 78.900-500  
Fone/Fax: (69) 2182-2001 E-mail: pragep@unir.br

2. O que mais dificulta a realização do seu trabalho?
3. O que facilita a realização do seu trabalho e o trabalho da empresa que você trabalha?
4. O que você faz que acha repetitivo?
5. O que poderia ser eliminado da sua rotina de trabalho e da rotina da sua empresa?
6. Sugestão para facilitar o trabalho?
7. Como você vê as condições físicas do seu posto de trabalho?









**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
 FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA  
 PRÓ-REITORIA DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS  
 Av. Presidente Dutra, 2965 - Centro/ Porto Velho-RO / Cep: 78.900-500  
 Fone/Fax: (69) 2182-2001 E-mail: pragep@unir.br

TAREFA EXECUTADA	USUÁRIO		QTDE DIA	QTDE MÊS	QTDE ANO	TEMPO MÉDIO PARA CONCLUIR A TAREFA	OBS
	INTER- NO	EXTER- NO					

Por ser verdade, firmo o presente,

Porto Velho ,

Entrevistador

Ass. \_\_\_\_\_

Ass. \_\_\_\_\_



