

**Formulário para preenchimento dos empregados do CRO-MG**

Nome: Wellington Gonçalves Ferrero Brito .

Matricula: 259

**Busca ativa por colaborador (a) em grupo de risco.**

**1 -** Você é empregado do CRO e integrante de algum grupo de risco (idoso (a) idade igual ou superior a 60 anos); pessoas com doenças cardíacas; pessoas com doenças pulmonares, como asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica; pessoas com problemas de baixa imunidade, como pessoa transplantadas ou em quimioterapia; pessoas com doenças renais ou em diálise; diabéticos; gestantes de alto risco; pessoas com doenças do fígado; obesos (IMC $\geq$ 40)?

( ) sim (X) não

**Caso tenha assinalado sim, responda as demais perguntas:**

**2 -** Você está trabalhando atualmente em regime presencial ou telepresencial?

( ) presencial ( ) telepresencial ( ) híbrido

**3 -** Você trabalhou em regime telepresencial? Em qual período de tempo?

( ) sim. De \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) não.

**4 -** Você foi vacinado com uma dose da vacina e é integrante do grupo de risco para a contaminação pela Covid- 19?

( ) sim ( ) não

**5 -** Você foi vacinado com duas doses da vacina e é integrante do grupo de risco para a contaminação pela Covid- 19?

( ) sim ( ) não

**6 -** Você apresentou requerimento escrito com pedido para trabalhar em regime telepresencial por ser integrante de grupo de risco, mediante apresentação de laudo médico atualizado?

( ) sim ( ) não

Justificativa:

---

---

---



7 - Todas as suas atividades profissionais (funções do seu cargo) podem ser desempenhadas, sem prejuízo ao serviço, de forma remota/teletrabalho?

( ) sim ( ) não

Justificativa:

---

---

---