**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE VIAGEM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME DA PESSOA OU DO GRUPO | DATA DA PARTIDA | DATA DE RETORNO |
|  |  |  |
| DESTINO |
|  |

**PESSOA(S) VIAJANDO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME** (ÚLTIMO, PRIMEIRO) | **PAPEL** | **INFORMAÇÕES DE CONTATO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**TODOS OS PAÍSES /ÁREAS A SEREM VISITADOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÁREA** | **PROPÓSITO** | **DATA DA VISITA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**DIRETRIZES OU RECOMENDAÇÕES MAIS RECENTES SOBRE VIAGENS A ÁREAS LISTADAS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÁREA** | **TIPO DE RISCO** (por exemplo, política, econômica, higienização) | **RECOMENDAÇÃO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**AVALIAÇÃO DE RISCO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sim** | **Não** | **AVALIAÇÃO** | **NOTAS** |
|  |  | Cada viajante discutiu riscos gerais e específicos à saúde relacionados a esta viagem com seu médico? |  |
|  |  | Existem riscos específicos à saúde na área de viagens, incluindo, mas não se limitando a, animais, doenças, poluição, altitude, alergias, clima, radiação ou esgotamento sanitário? |  |
|  |  | Haverá acesso fácil à ajuda médica? |  |
|  |  | Existem preocupações específicas de segurança física na área de viagem incluindo, mas não se limitando a, agitação civil, religião, legalidades, costumes ou roupas? |  |
|  |  | Há preocupações com o transporte dentro da área de viagem? (por exemplo, veículos adequados disponíveis, motoristas competentes para o tipo de terreno, permissões necessárias) |  |
|  |  | Os viajantes estarão carregando celulares com eles durante a viagem? Os celulares serão ativados pela International Configure? |  |
|  |  | Cada viajante forneceu informações de contato de emergência? |  |
|  |  | Os viajantes têm números de telefone locais para ligar em caso de emergência? |  |
|  |  | Foram feitos arranjos de primeiros socorros de emergência? |  |
|  |  | Planos de contingência estão em vigor no caso de interrupção de viagens ou planos? |  |

**PLANO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RISCO** | **PLANO DE AÇÃO** | **PARTE RESPONSÁVEL** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**AFIRMAÇÃO DA PESSOA QUE ESTÁ CONCLUINDO A AVALIAÇÃO DE RISCO DE VIAGEM**

Solicitei que todas as pessoas que viajam me notifiquem de qualquer condição médica existente, e pelo que sei, todos os viajantes estão fisicamente e mentalmente aptos a viajar. Todos os colaboradores são responsáveis por qualquer medicamento que possam exigir. Também verifiquei as diretrizes federais de viagem e fontes locais da minha área de viagem pretendida para garantir que não colocarei mim ou outras pessoas em perigo durante a viagem.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME IMPRESSO AND TÍTULO | ASSINATURA | DATA |
|  |  |  |

**AFIRMAÇÃO DE APROVAR FUNCIONÁRIO**

Analisei esta avaliação de risco de viagem e aprovei todas as informações fornecidas aqui.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME IMPRESSO AND TÍTULO | ASSINATURA | DATA |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **DISCLAIMER**Todos os artigos, modelos ou informações fornecidos pelo Smartsheet no site são apenas para referência. Embora nos esforcemos para manter as informações atualizadas e corretas, não fazemos representações ou garantias de qualquer tipo, expressas ou implícitos, sobre a completude, precisão, confiabilidade, adequação ou disponibilidade em relação ao site ou às informações, artigos, modelos ou gráficos relacionados contidos no site. Qualquer dependência que você deposita em tais informações está, portanto, estritamente em seu próprio risco. |