

Logomarca da Empresa

UNIDADE: \_\_\_\_\_

## AVALIAÇÃO PELOS TRABALHADORES DA SOLUÇÃO ERGONÔMICA

Responda às perguntas abaixo sobre a melhoria da condição ergonômica desenvolvida:

1. Descrição da tarefa:

\_\_\_\_\_

2. Melhoria ergonômica desenvolvida: (escrever)

\_\_\_\_\_

3. A solução proposta foi boa, e está facilitando o trabalho?

Sim ( ) Não ( ) Mais ou menos ( )

4. Quais os fatores que facilitaram ou não a realização da atividade? (responda baseado na sua resposta à questão anterior) Tente detalhar a sua resposta quanto a existência ou inexistência de dor ou desconforto/ postura/ esforço físico/ ritmo/ produtividade/ qualidade.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Caso a melhoria instituída não seja a adequada, na sua opinião o que pode ser feito para solução adequada do referido problema? Modificar a solução atual? Em que aspectos? Outra solução?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FUNCIONÁRIO:

\_\_\_\_\_CONSULTOR/SEGURANÇA\_\_\_\_\_

UNIDADE GERENCIAL: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_