






 <p>UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	<p>GESTÃO DA QUALIDADE FORMULÁRIO</p>	   <p>Secretaria Municipal de Saúde ANÁPOLIS Orgulho de viver aqui</p>
<p>ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO</p>		<p>CÓDIGO: UPA. RH. FORM.002</p>
		<p>REVISÃO: 000</p>
<p>SETOR: RECURSOS HUMANOS</p>	<p>DATA DE ELABORAÇÃO: 10/10/2023</p>	<p>DATA DE REVISÃO: 10/10/2025</p>
		<p>PÁGINA: 1/2</p>

Colaborador:	
Cargo:	Data Da Entrevista:
Data De Admissão:	Data De Demissão:
Motivo Do Desligamento	
<input type="checkbox"/> Pedido De Dispensa	<input type="checkbox"/> Acordo Entre As Partes
<input type="checkbox"/> Dispensa Sem Justa Causa	<input type="checkbox"/> Dispensa Com Justa Causa
<input type="checkbox"/> Inadaptação A Função	<input type="checkbox"/> Insatisfação Com O Horário
<input type="checkbox"/> Problemas Com A Coordenação	<input type="checkbox"/> Problemas Com Colegas
<input type="checkbox"/> Problemas Familiares	<input type="checkbox"/> Problemas De Saúde
<input type="checkbox"/> Insatisfação Salarial	<input type="checkbox"/> Outro Emprego
<input type="checkbox"/> Outro Motivo: _____	
<p>Voltaria A Trabalhar Na Instituição? Você Gostava De Exercer Suas Atividades?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Há Na Instituição Algum Cargo Que Gostaria De Ter Exercido?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Recebeu Treinamento Suficiente Para Desempenhar Bem A Sua Função?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	
Quais Dificuldades Teve Ao Exercer Suas Atividades?	
<input type="checkbox"/> Não Tinha Conhecimento Sobre As Atividades	<input type="checkbox"/> Problemas Físicos
<input type="checkbox"/> Horário De Trabalho	<input type="checkbox"/> Problemas Com Liderança
<input type="checkbox"/> Condições De Trabalho	<input type="checkbox"/> Problemas Interpessoais
<input type="checkbox"/> Jornada De Trabalho	<input type="checkbox"/> Discriminação Ou Assédio
<input type="checkbox"/> Sobrecarga De Atividades	<input type="checkbox"/> Não Teve Dificuldades
<input type="checkbox"/> Outros/Explicita _____	
<p>Teve Oportunidade De Exercer Outras Funções?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>O Instituto Oferece Oportunidade De Crescimento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Sente-Se Reconhecido Pelos Seus Esforços E Contribuições?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Qual O Seu Sentimento Sobre Trabalhar Aqui: _____</p>	
<p>Teve Problemas De Saúde Durante Sua Permanência Na Unidade?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quais: _____</p>	
Condições Do Ambiente De Trabalho	
Iluminação:	
<input type="checkbox"/> Insuficiente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Excelente	
Ventilação E Temperatura:	
<input type="checkbox"/> Insuficiente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Excelente	
Equipamentos/Recursos De Trabalho: <input type="checkbox"/> Insuficiente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Excelente	

 <p>UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</p>	GESTÃO DA QUALIDADE FORMULÁRIO	  
ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO		CÓDIGO: UPA. RH. FORM.002
		REVISÃO: 000
SETOR: RECURSOS HUMANOS	DATA DE ELABORAÇÃO: 10/10/2023	DATA DE REVISÃO: 10/10/2025
		PÁGINA: 2/2

Avaliação Do Gestor

Qual A Avaliação Você Faz De Sua Coordenação Em Termos De:

Capacidade De Motivar:

() Insuficiente () Regular () Bom () Excelente

Relacionamento Com Liderados:

() Insuficiente () Regular () Bom () Excelente

Comunicação:

() Insuficiente () Regular () Bom () Excelente

Conhecimento Na Área Que Atua:

() Insuficiente () Regular () Bom () Excelente

Feedbacks Para Melhoria Do Seu Desempenho:

() Insuficiente () Regular () Bom () Excelente

Segurança No Trabalho

Qual Avaliação Você Faz Da Segurança Do Trabalho Em Termos De:

Equipamentos De Segurança () Insuficiente () Regular () Bom () Excelente

Campanhas De Segurança () Insuficiente () Regular () Bom () Excelente

Remuneração E Valorização

Salário Adequado Ao Cargo:

() Insuficiente () Regular () Bom () Excelente

Promoções Realizadas Com Critérios:

() Insuficiente () Regular () Bom () Excelente

Os Programas De Retenção E Valorização Profissional São Avaliados Como:

() Insuficiente () Regular () Bom () Excelente

Como Você Avalia A Comunicação Na Unidade?

() Insuficiente () Regular () Bom () Excelente

Como Você Avalia O Clima Organizacional?

() Insuficiente () Regular () Bom () Excelente

Como Você Avalia A Cultura Organizacional?

() Insuficiente () Regular () Bom () Excelente

Relate Três Pontos Positivos E Três Pontos De Melhorias Sobre A Unidade:

Positivos

Melhorias

1.

2.

3.

Comentários Do Colaborador:

() **OPTO EM RESPONDER A ENTREVISTA**

() **NÃO OPTO EM RESPONDER A ENTREVISTA**

Assinatura Do Entrevistado:

Assinatura Do RH: