

Inserir Logomarca e descrição dos órgãos vinculados a ST

ROTEIRO DE INSPEÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR EM AMBIENTES E PROCESSOS DE TRABALHO

Data (s) da(s) inspeção(ões):	Motivo da Inspeção: <input type="checkbox"/> investigação de acidente de trabalho <input type="checkbox"/> inspeção para mapeamento dos fatores e mapeamento de risco <input type="checkbox"/> investigação epidemiológica do óbito por doenças, agravos ou acidente de trabalho <input type="checkbox"/> inspeção sanitária em saúde do trabalhador para mapeamento de riscos ocupacionais
-------------------------------	---

1. DADOS GERAIS DO ESTABELECIMENTO

Razão Social:			
CNPJ:	Nº Inscrição Estadual:	Data de início de Operação:	
Endereço:	Município:	UF	CEP
Bairro/Distrito:	Telefone: () -	Email::	
Ponto de referência:			
Nome do responsável:			
Código da Atividade (CNAE):	Grau de Risco (NR 4): () 1 () 2 () 3 () 4	Setor da Atividade: () Primário () Secundário () Terciário () Outros	

2. POPULAÇÃO TRABALHADORA

2.1 Trabalhadores próprios

ÁREA	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino	
Administrativa			
Produção			
Manutenção			
Outras			
TOTAL			

2.2 Total de trabalhadores próprios por faixa etária

Inserir endereço e formas de contato com o órgão de referência em ST

> 45 anos =	< 18 anos =
-------------	-------------

2.3 Trabalhadores terceirizados

ÁREA	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino	
Administrativa			
Produção			
Manutenção			
Outras			
TOTAL			

2.4 Total de trabalhadores terceirizados por faixa etária

> 45 anos =	< 18 anos =
-------------	-------------

3. JORNADA DE TRABALHO

Setor	Período			Duração da jornada diária/h	Tipo de turno	
	M	T	N		Fixo	Variável
Administrativa						
Produção						
Manutenção						
Outras						

4. INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE CUMPRIMENTO DE NORMAS LEGAIS

4.1 Atendimento às normas legais <input type="checkbox"/> SESMT (NR 4) <input type="checkbox"/> CIPA (NR 5) <input type="checkbox"/> DESIGNADO DA CIPA (NR 5) <input type="checkbox"/> MAPA DE RISCO (NR 5) <input type="checkbox"/> PGR (NR 1)* <input type="checkbox"/> PRE (NR 1)* <input type="checkbox"/> PCMSO (NR 7)*	4.2 Exames médicos (NR 7) <input type="checkbox"/> ADMISSIONAL <input type="checkbox"/> PERIÓDICO <input type="checkbox"/> RETORNO AO TRABALHO <input type="checkbox"/> MUDANÇA DE RISCOS OCUPACIONAIS <input type="checkbox"/> DEMISSSIONAL
--	--

*Caso existentes, proceder à análise dos documentos utilizando-se do anexo

4.3 Informações Complementares

5. DADOS SOBRE O PROCESSO PRODUTIVO

Aqui deve-se descrever o processo produtivo retratando as situações observadas durante as inspeções, descrever as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores, para identificação dos possíveis fatores e situações de risco à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, com base nas informações prestadas pelos trabalhadores e prepostos do estabelecimento, nas evidências encontradas na inspeção; acrescidas das informações obtidas na documentação consultada. Ressalta-se que mesmo que a descrição de uma ou outra atividade ou tarefa não corresponda rigorosamente à real situação do processo de produção/ trabalho, isso deverá ser analisado pela equipe ao final do processo, mas, certamente não trará nenhum prejuízo no tocante à avaliação dos fatores e situações de risco.

5.1 Fluxograma descritivo da área de produção

Nota: utilizar quantas folhas forem necessárias

5.2 Matérias-primas básicas utilizadas (listar as de maior risco para a saúde)

Matéria prima	Quantidade	Condições de uso

5.3 Produtos Finais/Sub-Produtos/Produtos Intermediários (listar os de maior risco para a saúde)

Produto	Quantidade	Destino

5.4 Máquinas e equipamentos (listar as de maior risco para a saúde)

Máquinas e equipamentos	Quantidade	Condições de uso

6.CONDIÇÕES DE HIGIENE E CONFORTO

6.1 Instalações sanitárias para os trabalhadores:	Sim	Não	Observações
Separadas por sexo?			
Paredes e pisos - impermeáveis/laváveis?			
Higienizadas?			
Lavatório - com sabonete líquido e papel toalha?			
Vaso sanitário - com assento e tampa?			
Lixeira - com tampa?			
Iluminação adequada?			
Ventilação adequada?			
6.2 Vestiário			
Separados por sexo?			
Com armário duplo individual (em número suficiente)?			
Paredes e pisos impermeáveis/laváveis?			
Chuveiros - um para cada dez funcionários?			
Iluminação adequada?			
Ventilação adequada?			
6.3 Local adequado para armazenamento de alimentos e realização das refeições?			
6.4 Fornecimento de água potável			
Bebedouro - com jato inclinado?			
Bebedouro - com fornecimento de copo individual?			
6.5 Condições adequadas de acessibilidade			
Atende às normas técnicas?			
6.6 Instalações sanitárias para pessoas com deficiência			
Atende às normas técnicas?			

7. IDENTIFICAÇÃO DE FATORES E SITUAÇÕES DE RISCO

7.1 Área/Setor/Posto de Trabalho: _____

7.2 Funções envolvidas: _____

Tarefa/Operação ou item analisado	Fator de Risco/Risco	Medidas de Prevenção e Controle Existentes	População Exposta

Nota: utilizar quantas folhas forem necessárias

8. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Local e Data:

Equipe Técnica (Nome e formação):

Roteiro de inspeção sanitária em saúde do trabalhador em ambientes e processos de trabalho

ANÁLISE DOCUMENTAL

PGR (NR 1)

1.1 Existe o programa?	SIM	NÃO	OBS.			
1.2 Riscos	Identificação		Avaliação		Medidas de Prevenção e Proteção Existentes	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Físicos:						
Químicos						
Biológicos						
Psicobiológicos						
Biomecânicos						
Acidentes (mecânicos)						

Observações(registre aqui as lacunas e ausências na identificação dos riscos e medidas de prevenção):

1.3 Informação dos danos à saúde relativos aos fatores de risco identificados no PGR (NR 1):	SIM	NÃO	OBS.
Físicos:			
Químicos			
Biológicos			
Psicobiológicos			
Biomecânicos			
Acidentes (mecânicos)			

1.4 Período de vigência: -----/-----/----- a -----/-----/-----

2. PCMSO (NR 7)	SIM	NÃO	OBS.
2.1. Existe o programa?			
2.2. Considera os riscos descritos no PGR?			
2.3. Realiza os exames obrigatórios?			Qual(is):
2.4. Prevê Indicadores Biológicos de Exposição Excessiva (IBE/EE) do Anexo NR 15?			Qual(is):
2.5. Prevê Indicadores Biológicos de Exposição com Significado Clínico (IBE/SC) do Anexo NR 7?			Qual(is):
2.6. Elabora o Relatório Analítico?			
2.7. Nome do responsável pelo PCMSO:			

3. ASO (Atestado de Saúde Ocupacional)	SIM	NÃO	OBS.
3.1. Foram apresentados ASO de todos os trabalhadores de acordo com os prazos previstos no PCMSO			
3.2. Constam os riscos ocupacionais descritos no PGR e PCMSO?			
3.3. São realizados exames complementares? Quais?			Periodicidade:

4. Documento comprobatório de entrega dos EPI aos trabalhadores	SIM	NÃO	OBS.
4.1. É compatível com os EPI utilizados pelos trabalhadores, verificados durante a inspeção			
4.2. É compatível com os EPI previstos no PGR			

5. Documento comprobatório de funcionamento de CIPA ou designado	SIM	NÃO	OBS.
5.1. Demonstra o funcionamento regular da CIPA ou atividade do designado incluindo a realização de treinamentos para os seus membros			
5.2. Demonstra a realização de treinamento específico para membros da CIPA ou designado			
6. Documento comprobatório de realização de outros treinamentos	SIM	NÃO	OBS.
6.1. Demonstra a realização de treinamentos em saúde e segurança para os trabalhadores(as)			
6.2. Indica a realização de outros treinamentos voltados à capacitação em serviço dos seus trabalhadores(as)			
7. FISPQ – Ficha de Informações de Segurança de Produto Químico (NBR 14.725 – ABNT)	SIM	NÃO	OBS.
7.1. Existem fichas de todos os produtos químicos utilizados			
7.2. As FISPQ atendem ao que determina a NBR 14.725, estão adequadas?			
8. Outros documentos:	SIM	NÃO	Estão válidos: (Sim ou Não)
8.1. PCA - Programa de Conservação Auditiva			
8.2. PPR - Programa de Proteção Respiratória			
8.3. MBP - Manual de Boas Práticas (se pertinente)			
8.4. POP - Procedimentos Operacionais Padrão			

8.5.	PRE - Plano de Resposta a Emergências (NR 1)			
8.6.	Plano de Gerenciamento de Resíduos (se pertinente)			
8.7.	Contrato de Retirada de Resíduos (se pertinente)			
8.8.	Autorização para destinação de Resíduos Sólidos Perigosos (se pertinente)			
8.9.	Certificados: Limpeza e desinfecção de reservatórios d'água			
8.10.	Programa de Controle Integrado de Pragas Urbanas			
8.11.	Vistoria do Corpo de Bombeiros (se pertinente)			
8.12.	Alvará Sanitário (se pertinente)			