|  |
| --- |
| EMPRESA: |
| RESPONSÁVEL: |
| FONE: | E-MAIL: |

|  |
| --- |
| 1. Número de funcionários, níveis hierárquicos, funções. Descrever como está estruturada a área de segurança da empresa. Se possível anexar organograma. |
|  |

|  |
| --- |
| 2. Principais produtos ou serviços comercializados. |
|  |

|  |
| --- |
| 3. A organização possui algum sistema de gestão certificado (ISO 9001, ISO 14001, ISOTS 16949)? Informar a validade da certificação e o organismo certificador. |
|  |

|  |
| --- |
| 4. Quais os principais motivos que culminaram com a decisão pela certificação do Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho? |
|  |

|  |
| --- |
| 5. Qual a expectativa de prazo para a obtenção da certificação? |
|  |

|  |
| --- |
| 6. Listar os principais processos de fabricação do produto ou produção do serviço. |
|  |

|  |
| --- |
| 7. A organização tem definida sua política de gestão de SST, incluindo seus objetivos e metas? Fornecer exemplos. |
|  |

|  |
| --- |
| 8. Os objetivos e metas de gestão de SST são acompanhados através de programas estabelecidos de forma a atendê-los? |
|  |

|  |
| --- |
| 9. A organização identifica os Perigos e Riscos de suas atividades, produtos ou serviços? Existem controles operacionais relacionados aos mesmos? |
|  |

|  |
| --- |
| 10. Existe aplicação de treinamentos e conscientização dos funcionários em relação à segurança e os riscos que os trabalhadores estão sujeitos? Quais já foram ministrados? |
|  |

|  |
| --- |
| 11. A organização possui procedimentos documentados relativos ao Sistema de Gestão de SST? A organização possui Ordem de Serviço de Segurança? Fornecer a lista de procedimentos aplicáveis. |
|  |

|  |
| --- |
| 12. Como a organização se classifica em relação ao atendimento às Normas Regulamentadoras – NRs? |
|  |

|  |
| --- |
| 13. O SESMT está formalizado junto à Delegacia Regional do Trabalho de acordo com a NR-04? |
|  |

|  |
| --- |
| 14. A empresa possui restaurante e ambulatório médico? As respectivas licenças da ANVISA estão válidas?  |
|  |

|  |
| --- |
| 15. Durante os últimos 12 (doze) meses, a organização foi autuada ou recebeu visitas do fiscal do trabalho? Caso positivo, quais os motivos?  |
|  |

|  |
| --- |
| 16. A empresa possui passivo trabalhista? |
|  |

|  |
| --- |
| 17. A organização possui Plano de Ação para Emergências implementado? Foram realizados simulados com análise crítica dos resultados? Com qual frequência? |
|  |

|  |
| --- |
| 18. A organização tem previsto em seu budget, investimentos em melhorias para a segurança durante os próximos anos? Quais áreas de aplicação? |
|  |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES** |
| Confirmação da documentação requerida pelas principais legislações relacionadas.Marcar com um “X” o campo correspondente. |
| Principais Licenças Ambientais e de Saúde / Segurança | A empresa possui? | Está atualizada? |
| SIM | NÃO | N.A. |
| Alvará Municipal / Habite-se |  |  |  |  |
| Vistoria do Corpo de Bombeiros |  |  |  |  |
| Cadastro no IBAMA |  |  |  |  |
| Certificado de Regularidade do Ibama |  |  |  |  |
| Licença de Instalação |  |  |  |  |
| Licença de Operação |  |  |  |  |
| CADRI – Certificados de Destinação dos Resíduos Industriais |  |  |  |  |
| Outorga de Uso de Água |  |  |  |  |
| Outorga de Lançamento de Água |  |  |  |  |
| Registro CNEN (Conselho Nacional de Energia Nuclear) |  |  |  |  |
| Alvará do Restaurante |  |  |  |  |
| Alvará do Ambulatório |  |  |  |  |
| PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais |  |  |  |  |
| LTCAT – Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho |  |  |  |  |
| PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional |  |  |  |  |
| PPR / PCA / PMOC |  |  |  |  |
| Certificado de Aprovação de Instalações ou Declaração |  |  |  |  |

NOTAS: Havendo interesse ou necessidade, outras informações poderão ser fornecidas em folha anexa.

 O questionário poderá ser preenchido na maneira que o cliente desejar.

 Todas as informações serão mantidas de maneira confidencial.