|  |
| --- |
| **Local da inspeção:** |

|  |
| --- |
| **Participantes:** |
|  |

**Legendas:** S – Sim, N – Não, P – Parcialmente, NA – Não se Aplica.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***FICHA DE CONTROLE DE EPI’S*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| Encontra-se em dia? |  |  |  |  | |
| Possui ficha de controle? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI’S*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| Possui estoque de EPI’s em quantidade suficiente para atender os empregados? |  |  |  |  | |
| Os EPI’s estão adequadamente higienizados? |  |  |  |  | |
| Os funcionários foram orientados para cuidar devidamente dos EPIs? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***P.P.R.A ( Programa Prevenção Riscos Ambientais)*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| Possui PPRA implantado? |  |  |  |  | |
| A Revisão está em dia? |  |  |  |  | |
| O cronograma de ações está sendo cumprido no prazo estipulado? |  |  |  |  | |
| O PPRA atende a realidade da empresa atualmente? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***P.C.M.S.O (Programa Controle Médico Saúde Ocupacional)*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| Possui PCMSO implantado, e em dia? |  |  |  |  | |
| Os Atestado de Saúde Ocupacional - ASO’s estão em dia? |  |  |  |  | |
| Os ASO’s contemplam os riscos cadastrados no PCMSO? |  |  |  |  | |
| O cronograma de ações está sendo cumprido no prazo estipulado? |  |  |  |  | |
| O PCMSO atende a realidade da empresa atualmente? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***ISOLAMENTO E SINALIZAÇÃO DE ÁREA*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| Possui equipamentos para isolamento e sinalização de área? |  |  |  |  | |
| Os equipamentos atendem em quantidades e tipos, às necessidades? |  |  |  |  | |
| Os equipamentos estão em bom estado de conservação? |  |  |  |  | |
| Possui placa de manutenção de equipamento? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***EQUIPAMENTO DE COMBATE A INCÊNDIO*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| Manutenção em dia? |  |  |  |  | |
| Lacres, selo do INMETRO, adesivos de orientação estão em perfeito estado de conservação? |  |  |  |  | |
| Os extintores estão desobstruídos? |  |  |  |  | |
| Estão bem sinalizados? |  |  |  |  | |
| Os extintores estão dentro do prazo de validade? |  |  |  |  | |
| Tem funcionários treinados para agir em caso de incêndio? |  |  |  |  | |
| A empresa que faz a recarga dos extintores tem registro no Corpo e Bombeiros? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***PRODUTOS QUÍMICOS*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| Possui local adequado para estoque de produtos químicos? |  |  |  |  | |
| Ficha de produtos químicos (FISPQ)? |  |  |  |  | |
| Todos os produtos possuem rótulos nas embalagens? |  |  |  |  | |
| Os funcionários foram alertados sobre os riscos no manuseio dos produtos? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| As máquinas e equipamentos estão em bom estado de conservação? |  |  |  |  | |
| As correias, polias e transmissores de força possuem proteção adequada? |  |  |  |  | |
| Os dispositivos de segurança das máquinas e equipamentos funcionam corretamente? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***FERRAMENTAS MANUAIS*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| A limpeza das ferramentas manuais é feito periodicamente? |  |  |  |  | |
| É evitado o uso inadequado ou improvisado das ferramentas e equipamentos? |  |  |  |  | |
| As caixas de ferramentas estão em boas condições? |  |  |  |  | |
| Ao término do serviço todas as ferramentas são guardadas em local apropriado? |  |  |  |  | |
| A ferramentaria está devidamente organizada? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***ARMAZENAGEM DE MATERIAIS*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| Possui local específico para armazenamento de materiais? |  |  |  |  | |
| Os materiais estão empilhados ou ordenados adequadamente? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***UNIFORMES*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| Os empregados possuem uniformes limpos e bom estado de conservação? |  |  |  |  | |
| Possui estoque suficiente para atender as necessidades dos empregados? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***PISOS*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| Superfície segura para o trabalhador, sem buracos e se possível com antiderrapante? |  |  |  |  | |
| Livres de obstáculos? |  |  |  |  | |
| Claramente demarcados em seus locais de risco? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***ORGANIZAÇÃO E LIMPEZA GERAL*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| Os locais de trabalho estão organizados, livres de sujeiras e de materiais? |  |  |  |  | |
| As sucatas estão em locais inadequados? |  |  |  |  | |
| Possui vasilhames para coleta seletiva de lixo? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***ESCADAS PORTÁTEIS*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| Escadas metálicas tem sapatas de borracha para evitar escorregões? |  |  |  |  | |
| Os degraus estão em bom estado de condições de uso? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***ILUMINAÇÃO*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| As luminárias estão em boas condições de conservação e limpas? |  |  |  |  | |
| As luminárias estão completas e sem lâmpadas queimadas? |  |  |  |  | |
| A iluminação ambiente atende a necessidade, ou é insuficiente? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***BEBEDOUROS*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| Em boas condições de funcionamento, água potável e filtro não saturado? |  |  |  |  | |
| Em número suficiente atendendo dispositivo legal (01 para cada 50 trabalhadores)? |  |  |  |  | |
| Existem copos descartáveis ou dispositivos adequados para os empregados beberem água? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***BANHEIROS/VESTIÁRIOS*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| Lavatórios, mictórios e sanitários estão em boas condições de uso? |  |  |  |  | |
| Em número suficiente atendendo dispositivo legal (01 para cada 20 trabalhadores)? |  |  |  |  | |
| Chuveiro e armários em boas condições de uso? |  |  |  |  | |
| São higienizados corretamente? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***ESCRITÓRIO*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| Passagens entre máquinas e móveis estão livres e desimpedidas? |  |  |  |  | |
| Fios de máquinas, telefones, em boas condições e fora das passagens? Livres de objetos? |  |  |  |  | |
| Cadeiras e mesas com pés em bom estado? |  |  |  |  | |
| Ventiladores possuem grade de proteção? |  |  |  |  | |
| As salas são bem ventiladas, possuem climatização agradável? |  |  |  |  | |
| As telas dos computadores estão na altura correta? |  |  |  |  | |
| As cadeiras possuem descanso para braços? |  |  |  |  | |
| Em relação ao Ar Condicionado é realizada a manutenção periódica? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***POSTO DE TRABALHO*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| Posição do monitor está correta? |  |  |  |  | |
| Existe suporte para os pés? |  |  |  |  | |
| Existe mouse pad? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| ***ELETRECIDADE*** | **S** | **N** | **P** | **NA** | |
| As tomadas, caixas e painéis elétricos possuem indicação de voltagem? |  |  |  |  | |
| As exigências mínimas da NR 10 estão sendo cumpridas (equipamentos / instalações)? |  |  |  |  | |
| A edificação possui aterramento elétrico? |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | Cargo | Visto | **Data** |
|  |  |  |  |