

Gerência / Coordenação Contratante:	GEPRO		Descrição do Contrato:	CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA EXECUÇÃO DE ESCANEAMENTO 3D A LASER, FOTOGRAMETRIA E MODELAGEM DA INFORMAÇÃO DA CONSTRUÇÃO PARA GESTÃO E OPERAÇÃO DE EDIFICAÇÕES; MAPEAMENTO POR GEORADAR – GPR DE INTERFERÊNCIAS SUBTERRÂNEAS.	
Nome do Responsável:	Alvelinda Sena				
Responsável pela Análise:	Nome do Téc. Seg avaliou o check-list		Efetivo estimado do contrato:	10	
Data da Análise:	Data da avaliação da Segurança		Local da execução da obra ou serviço:	PORTO DO ITAQUI (ÁREA PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA)	
A contratada irá acessar a Poligonal do Porto do Itaqui e/ou Terminais Delegados?	X	SIM	NÃO	Tempo de duração da obra ou serviço:	20 MESES

Caso a resposta ao item anterior seja "NÃO" - os requisitos de Saúde e Segurança elencados não serão aplicáveis à contratada.

Itens para Análise	SIM	NÃO	Quais? (p/ respostas positivas)	Campos a serem preenchidos pela Área de Segurança		Prazo para Atendimento e/ou Status
				Requisitos Legais e/ou Normativos Internos	Orientações para o Atendimento aos requisitos Legais e/ou Normativos Internos	
<b>ATIVIDADES A AVALIAR</b> Obra e/ou Serviço a ser contratada(o), caracteriza-se por:						
1. TRABALHO EM ALTURA? (A partir de 2m)		X				
2. CONDUÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES?	X		veículo de passeio / Veículo com equipamento de escaneamento 3D			
3. OPERAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÓVEIS?	X		Veículo com equipamento de escaneamento 3d / equipamento para mapeamento GPR de tubulações enterradas			
4. ATIVIDADES E OPERAÇÕES PERIGOSAS (PERICULOSIDADE) ENVOLVENDO EXPOSIÇÃO A ENERGIA ELÉTRICA?	X		Entrada de energia para o container			
5. MANUSEIO DE CARGAS SUSPENSAS / ELEVADAS (PONTE ROLANTE, GUINDASTE, ETC.)?		X				
6. TRABALHO EM AMBIENTE CONFINADO OU SEMI-CONFINADO (TUBULÕES, TANQUES, CAIXAS, GALERIAS, ETC.)?		X				
7. EXPOSIÇÃO A PARTES MÓVEIS / ROTATIVAS (BETONEIRAS, SERRAS CIRCULARES, SERRAS ELÉTRICAS, ETC.)?		X				
8. TRABALHO PRÓXIMO A VALAS, TALUDES OU PILHAS?	X		serviço de escaneamento 3D em toda a área do Porto do Itaqui (inclusive área de arrendatárias)			
9. ATIVIDADES E OPERAÇÕES PERIGOSAS (PERICULOSIDADE) ENVOLVENDO EXPOSIÇÃO A EXPLOSIVOS?		X				

10.ATIVIDADES E OPERAÇÕES PERIGOSAS (PERICULOSIDADE) ENVOLVENDO EXPOSIÇÃO A: LÍQUIDOS OU GASES INFLAMÁVEIS E/OU COMBUSTÍVEL (ÓLEO DÍSEL, GASOLINA, ETC.)?		X				
11.MANUSEIO DE PRODUTOS QUÍMICOS, TÓXICOS, AGROTÓXICOS, ÓLEOS OU GRAXAS OU EXPOSIÇÃO A VAPORES (COLAGEM DE CORREIAS, PINTURA, PRODUTOS PULVERIZADOS, SOLVENTES, ETC.)?		X				
12.TRABALHO COM CORTE E SOLDA OXIACETILÊNICA?		X				
13.RISCO DE ATAQUE DE ANIMAIS E INSETOS?	X		serviço de escaneamento 3D em toda a área do Porto do Itaqui (inclusive área de arrendatárias) e serviço de mapeamento GPR de tubulações enterradas em todo o Porto do Itaqui			
14.CONTATO COM AGENTES BIOLÓGICOS?	X		serviço de escaneamento 3D em toda a área do Porto do Itaqui (inclusive área de arrendatárias) e serviço de mapeamento GPR de tubulações enterradas em todo o Porto do Itaqui			
15.EXPOSIÇÃO A EQUIPAMENTOS / FLUÍDOS SOB PRESSÃO (COMPRESSORES, CILINDROS, PNEUS, SISTEMA HIDRÁULICO, ETC.)?		X				
16.EXPOSIÇÃO A POEIRA, PARTICULADOS, RUÍDO OU UMIDADE?	X		serviço de escaneamento 3D em toda a área do Porto do Itaqui (inclusive área de arrendatárias) e serviço de mapeamento GPR de tubulações enterradas em todo o Porto do Itaqui			
17.UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTAS, MÁQUINAS OU EQUIPAMENTOS PRÓPRIOS (MÁQUINA DE SOLDA, ESMERILHADEIRA, SERRAS, ETC.)?		X				
18.TRABALHO PRÓXIMO A ÁGUA (PIER, CAIS, ETC.)?	X		O serviço de Mapeamento GPR para tubuações enterradas contempla a área dos Berços			
19.A OBRA E/OU SERVIÇO A SER REALIZADO PELA CONTRATADA, NECESSITARÁ CONSTRUIR INSTALAÇÕES COMPLEMENTARES, COMO: OFICINAS MECÂNICAS, REFEITÓRIOS, SANITÁRIOS, ETC.? <i>CASO NEGATIVO INDICAR QUAIS INSTALAÇÕES SERÃO UTILIZADAS.</i>		X	A contratada poderá fazer a refeições nos restaurantes do Porto ou Região			
20.HAVERÁ USO DE ENERGIA ELÉTRICA PARA EXECUÇÃO DO OBJETO DO CONTRATO?	X		Entrada de energia para o container			
21.TEMPO DE EXECUÇÃO DO CONTRATO SERÁ SUPERIOR A 60 DIAS?	X		20 meses de execução			

22.HAVERÁ ATIVIDADES SOBRE EMBARCAÇÃO OU USO DE BARCAÇA?		X				
23. HAVERÁ SERVIÇOS DE ESCAVAÇÃO, SONDAGENS?		X				
24. HAVERÁ TRABALHOS DE MERGULHO?		X				
25.HAVERÁ TRABALHO NOTURNO?		X				
26.HÁ ALGUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR QUE VOCÊ CONSIDERA IMPORTANTE?	X		Será necessário fazer uso de Drone no auxílio do escaneamento 3D.			

**1) REALIZAR INSPEÇÕES DE SEGURANÇA NA OBRA OU SERVIÇO?**

- Sim, conforme Procedimento de Inspeção da EMAP;
- Inspeções (check-list) em equipamento e maquinários;
- O Fiscal EMAP da contratada deverá realizar avaliação de desempenho da contratada em SST conforme procedimento específico;
- Deverá o fiscal EMAP cobrar a implementação do Sistema de Gestão de SST da EMAP e garantir que o planejamento operacional possa trabalhar com o foco nos procedimentos de segurança.

**2) REALIZAR TREINAMENTO DOS EXECUTANTES EM OUTROS PROCEDIMENTOS QUE NÃO OS INDICADOS NAS ORIENTAÇÕES?**

- Treinamento de ambientação - PROAPI (para todos os empregados)
- Treinamentos de segurança específicos da empresa para todos os empregados;
- Treinamentos específicos e de capacitação dos procedimentos das atividades rotineiras;
- ROF – Regulamento de operações ferroviárias (quando aplicável);
- Treinamento de LDL - Liberação e Devolução de Linha para as atividades no gabarito da ferrovia;
- Treinamento de APR (Avaliação Preliminar de Risco);
- Todos os empregados devem estar devidamente qualificados e habilitados para suas funções.

**3) A OBRA OU SERVIÇO A SER REALIZADA PELA CONTRATADA NECESSITARÁ DE ANÁLISE DE RISCOS?**

- No início do contrato a empresa deverá identificar e quantificar os riscos do processo e suas tarefas/passos;
- Identificar os perigos, riscos e danos associados na atividade identificados através da elaboração de APR - Avaliação Preliminar de Risco da Tarefa para todas as atividades não rotineiras e elaboração de Procedimentos para as atividades rotineiras.

**4) OBSERVAÇÕES.**

- a. A Empresa deverá cumprir toda a legislação vigente no que se refere a Segurança e Saúde Ocupacional, comparecendo para auditoria de SST quando convocada pela contratante.
  - b. A contratada deverá implantar o Sistema de Gestão de Segurança e Saúde da EMAP.
  - c. A empresa deverá comunicar/registrar e investigar todas as ocorrências de Quase Acidente, acidentes Pessoais e Materiais ocorridos nas dependências ou a serviço da EMAP.
  - d. A empresa deverá utilizar os EPI's específicos para a função, conforme PPRA da Empresa e observações citadas no levantamento por atividades;
- NOTA: Todas as atividades inerentes ao escopo do contrato deverão ser realizadas somente por profissionais habilitados.**
- e. Para realização da tarefa que não estejam mencionados neste documento deverão se envolvidos as partes do SESMT EMAP, SESMT da Fiscalizadora, quando aplicável e Fiscal EMAP;
  - f. A EMAP solicita cópia da ART (Anotação de Responsabilidade Técnica) dos engenheiros e responsáveis técnicos da empresa a ser contratada;
  - g. A EMAP solicita cópia do PPRA ou PCMAT, PCMSO, PPR, PCA e Registro dos profissionais do SESMT da empresa na SRTE;
  - h. Somente é permitido o uso de cintos de segurança tipo paraquedista para trabalho em altura, sendo expressamente proibido o uso de cinto abdominal.
  - i. Todos os veículo e equipamentos móveis devem estar devidamente sinalizados e com seus dispositivos de segurança em perfeito estado de funcionamento;
  - j. Para trabalhos nas proximidades da pilha ou taludes deverá ser realizado Avaliação de estabilidade do material. Adoção de escoramentos. Proteção contra quedas de pessoas / materiais.
  - k. Os empregados deverão estar com suas vacinas em dias.
  - l. Para os trabalhos a serem realizados próximo à linha férrea é obrigatório que todos os colaboradores possuam treinamento de ROF e LDL, uso de uniforme ou Coletes refletivos na cor laranja.
  - m. Todos os equipamentos e ferramentas deverão possuir check-list próprio e os operadores serem treinados quanto a sua utilização.
  - n. Todas as máquinas, veículos e equipamentos deverão possuir plano de manutenção.
  - o. Todas as partes móveis dos equipamentos deverão estar devidamente protegidas.
  - p. Todos os veículos e equipamentos deverão ser inventariados.
- As informações constantes neste documento estão pautadas nas legislações vigentes. Quaisquer situações não contempladas neste documento não desobriga a empresa a atender, caso esteja disposto em legislações.**

**RESPONSÁVEL PELA ÁREA DE SEGURANÇA:**

Nome Completo: Nome do Técnico em Segurança do Trabalho da COSET

Matrícula:

Correio Eletrônico:

Data de Análise:

**PADRÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE SAÚDE E QUADRO DE EXAMES MÉDICOS COMPLEMENTARES PARA EMPREGADOS DE CONTRATADAS**
**VIDE OBSERVAÇÕES 1 A 8 AO FINAL DA PLANILHA**

ATIVIDADE	DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS	EXAMES OBRIGATÓRIOS	PERIODICIDADE DE REALIZAÇÃO DOS
1.0 SERVIÇOS EM ELETRICIDADE (NR 10)	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TÓRAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGÜÍNEA (SOMENTE NO ADMISSIONAL); ELETROCARDIOGRAMA (ECG); GAMA GT. OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE
2.0 SERVIÇOS DE TRANSPORTE, MOVIMENTAÇÃO, ARMAZENAGEM E MANUSEIO DE MATERIAL (NR 11)	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TÓRAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGÜÍNEA (SOMENTE NO ADMISSIONAL); ELETROCARDIOGRAMA (ECG); GAMA GT. OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE
3.0 SERVIÇOS INSALUBRES (NR 15)			
3.1 ATIVIDADE DE MERGULHO (INDICAR APTIDÃO NO ASO)	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TÓRAX PA E PERFIL; RADIO X DAS ARTICULAÇÕES (ESCAPULOMURAIS, COXOFEMURAIS E DOS JOELHOS PA E PERFIL); AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL; TESTE DE PRESSÃO; TESTE DE TOLERÂNCIA AO OXIGÊNIO; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGÜÍNEA (SOMENTE NO ADMISSIONAL); ELETROCARDIOGRAMA (ECG); GAMA GT; SUMÁRIO DE URINA; PARASITOLÓGICO DE FEZES; VDRL; ELETROENCEFALOGRAMA (EEG). OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E SEMESTRALMENTE
3.2 RUÍDO	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL; RAIO X DE TÓRAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGÜÍNEA (SOMENTE NO ADMISSIONAL). OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE
3.3 POEIRAS MINERAIS/PARTICULADOS	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TÓRAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGÜÍNEA (SOMENTE NO ADMISSIONAL); ESPIROMETRIA. OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE
3.4 VIBRAÇÃO	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TÓRAX AP; RAIO X DE PUNHO; RAIO X DA COLUMNA VERTEBRAL; AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL; ELETROENCEFALOGRAMA (EEG); ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGÜÍNEA (SOMENTE NO ADMISSIONAL). OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE

3.5 AGENTES QUÍMICOS (SOLVENTES, TINTAS E GASES)	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TORAX AP; AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGÜINEA (SOMENTE NO ADMISSIONAL); URINÁLISE; GAMA GT; ESPIROMETRIA. <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA</i>	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE
4.0 SERVIÇOS COM LÍQUIDOS COMBUSTÍVEIS E INFLAMÁVEIS (NR 20) - <b>SOMENTE PARA OS INTEGRANTES DA EQUIPE DE RESPOSTA A EMERGÊNCIA</b>	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TORAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO E RETICULÓCITOS GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGÜINEA (SOMENTE NO ADMISSIONAL); GAMA GT. <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA</i>	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE
5.0 SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇO DE SAÚDE (NR 32)	ASO; FICHA CLÍNICA; LTCAT (LAUDO TÉCNICO DE CONDIÇÕES AMBIENTAIS DE TRABALHO). ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TORAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGÜINEA (SOMENTE NO ADMISSIONAL); MARCADOR DE HEPATITE (Anti HbS total); VDRL. <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA</i>	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE
6.0 TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO (NR 33) <b>(INDICAR APTIDÃO NO ASO)</b>	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TORAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGÜINEA (SOMENTE NO ADMISSIONAL); ELETROCARDIOGRAMA (ECG); GAMA GT. <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA</i>	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE
7.0 TRABALHO EM ALTURA (NR 35) <b>(INDICAR APTIDÃO NO ASO)</b>	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TORAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGÜINEA (SOMENTE NO ADMISSIONAL); ELETROCARDIOGRAMA (ECG); GAMA GT; PARASITOLÓGICO DE FEZES. <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA</i>	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE
8.0 MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS (RDC 216)	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TORAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGÜINEA (SOMENTE NO ADMISSIONAL); TESTE MICOLÓGICO DE UNHA; PARASITOLÓGICO DE FEZES. <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA</i>	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE
9.0 ADMINISTRATIVA (NR 7)	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TORAX AP; GLICEMIA EM JEJUM; HEMOGRAMA COMPLETO; ACUIDADE VISUAL; TIPAGEM SANGÜÍNEA (SOMENTE NO ADMISSIONAL). <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA</i>	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE
<b>OBSERVAÇÕES</b>			
OBS.1: O EXAME DE AUDIOMETRIA DEVERÁ SER REALIZADO NO ADMISSIONAL , NO 6º MÊS APÓS ESTE, ANUALMENTE E NO DEMISSIONAL. OBS.2: TODOS OS EMPREGADOS COM MAIS DE 40 ANOS QUE REALIZAM ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS OU OPERACIONAIS, DEVERÃO REALIZAR O EXAME DE ELETROCARDIOGRAMA. OBS.3: TODOS OS EMPREGADOS ACIMA DE 50 ANOS QUE REALIZAM ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS OU OPERACIONAIS DEVERÃO REALIZAR TESTE ERGOMÉTRICO. OBS.4: TODOS OS EMPREGADOS HOMENS > 50 ANOS QUE REALIZAM ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS OU OPERACIONAIS DEVERÃO REALIZAR PSA TOTAL E LIVRE. OBS.5: TODOS OS EXAMES CITADOS ACIMA DEVERÃO SER REALIZADOS NO ADMISSIONAL E ANUALMENTE. OBS.6: O PRAZO PARA ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO PARA A COMED SERÁ ANTES DA ASSINATURA DA OS E ANUALMENTE CONFORME NECESSIDADE/OBRIGATORIEDADE. OBS.7: TODA DOCUMENTAÇÃO (PCMSO, FICHA CLÍNICA, ASOS E EXAMES COMPLEMENTARES) SERÃO ENCAMINHADOS À COMED VIA E-MAIL. OBS.8: NO CASO DA DOCUMENTAÇÃO (FICHA CLÍNICA, ASO E EXAMES COMPLEMENTARES), ESTAS SERÃO SEPARADAS POR EMPREGADOS E ENCAMINHADAS À COMED DE MANEIRA INDIVIDUAL.			
<b>EXIGÊNCIAS DA DOCUMENTAÇÃO DE SAÚDE</b>			

PCMSO	<p>4.1 No PCMSO deverão constar os itens obrigatórios descritos abaixo:</p> <p>4.1.1 CAPA:  • Logomarca; • Nome da empresa • Data da elaboração do PCMSO; • Validade: • Nome do Médico Elaborador e Coordenador do PCMSO, com CRM e telefone;</p> <p>4.1.2 ÍNDICE (PAGINADO)</p> <p>4.1.3 IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA:  • Razão social; • CNPJ; • Endereço completo (rua ou avenida, número, bairro, cidade, Estado, CEP, telefones e e-mail); • Ramo de Atividade Principal;  • CNAE Principal; • CNAE's Secundários; • Grau de Risco; • Nº de trabalhadores (homens e mulheres); • Horário de Trabalho; • Contato na Empresa (nome, telefone, celular e e-mail); • Dados da Contratante (nome, ramo de atividade, endereço) • Dados do Contrato (Objeto do Contrato, Gestor do Contrato, início e término, local da execução da obra nas áreas administradas pela EMAP).</p> <p>4.1.4 OBJETIVOS DO PCMSO (DESCREVER):</p> <p>4.1.5 RESPONSABILIDADES  • Empregador; • Empregado; • Médico Coordenador.</p> <p>4.1.6 EXAMES MÉDICOS OCUPACIONAIS EXIGIDOS DE ACORDO COM A FUNÇÃO:  • Admissional; • Demissional; • Periódico; • Mudança de função e Retorno ao Trabalho.</p> <p>4.1.7 MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA CAIXA DOS PRIMEIROS SOCORROS</p> <p>4.1.8 FLUXOGRAMA OPERACIONAL EM CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</p> <p>4.1.9 FICHA CLÍNICA  • Modelo; • Responsabilidades; • Manutenção de Arquivos; • Transferência de Arquivos.</p> <p>4.1.10 MODELO DE ASO USADO</p> <p>4.1.11 DESCRIÇÃO DE TODOS OS MÉDICOS EXAMINADORES (da empresa ou de clínica credenciada):  • Nome; • CRM; • Fone.</p> <p>4.1.12 MODELO DE QUADRO III DA NR 7</p> <p>4.1.13 CRONOGRAMA DE AÇÃO DO PCMSO</p> <p>4.1.14 ASSINATURAS:  • Médico Elaborador do PCMSO; • Médico Coordenador do PCMSO (quadro exigido pela NR 7 ou da empresa contratante); • Responsável Legal da Empresa;  • Local e Data.</p>
RELATÓRIO ANUAL DO PCMSO	<p>No Relatório anual do PCMSO deverão constar os itens obrigatórios descritos abaixo:</p> <p>4.2.1 NÚMERO DE EXAMES MÉDICOS PERIÓDICOS (EXAME FÍSICO), ASSINALANDO OS ANORMAIS;</p> <p>4.2.2 NÚMEROS DE EXAMES COMPLEMENTARES (LABORATÓRIO, AUDIOMETRIA ETC), ASSINALANDO OS ANORMAIS;</p> <p>4.2.3 NÚMEROS DE ATESTADOS MÉDICOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES;  • Número de Atestados x Número de Empregados; • Número de Atestados x Dias de Atestado; • Dias de Atestados x Número de Empregados.</p> <p>4.2.4 AFASTAMENTOS PELO INSS  • Gravidez/parto; • Doença Ocupacional; • Doença Não Ocupacional; • Acidente de Trabalho.</p> <p>4.2.5 CAMPANHAS DE VACINAÇÃO  Vacinação antitetânica será de caráter obrigatório para todos os empregados</p> <p>4.2.6 EVIDÊNCIAS DE PALESTRAS EDUCATIVAS</p> <p>4.2.7 EVIDÊNCIAS DE CAMPANHAS EM SAÚDE</p> <p>4.2.8 QUADRO DE EXAMES</p> <p>NOTA: Todas as ações de saúde deverão ser registradas e guardadas para fins de fiscalização e/ou auditoria interna.</p>

## AVALIAÇÃO DO MEIO AMBIENTE DE SERVIÇOS A CONTRATAR

Gerência / Coordenação Contratante:	GEPRO				Descrição do Contrato:	CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA EXECUÇÃO DE ESCANEAMENTO 3D A LASER, FOTOGRAMETRIA E MODELAGEM DA INFORMAÇÃO DA CONSTRUÇÃO PARA GESTÃO E OPERAÇÃO DE EDIFICAÇÕES; MAPEAMENTO POR GEORADAR – GPR DE INTERFERÊNCIAS SUBTERRÂNEAS.
Nome do Responsável:	Alvelinda Sena					
Responsável pela Análise:	Nome do Téc. Seg avaliou o chekc-list				Efetivo estimado do contrato:	10 pessoas
Data da Análise:	Data da avaliação da Segurança				Local da execução da obra ou serviço:	PORTO DO ITAQUI (ÁREA PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA)
A contratada irá acessar a Poligonal do Porto do Itaqui e/ou Terminais Delegados?	X	SIM		NÃO	Tempo de duração da obra ou serviço:	20 MESES

Caso a resposta ao item anterior seja "NÃO" - os requisitos de Saúde e Segurança elencados não serão aplicáveis à contratada.

Itens para Análise	SIM	NÃO	Quais? (p/ respostas positivas)	Campos a serem preenchidos pela Área de Meio Ambiente		Prazo para Atendimento e/ou Status
				Requisitos Legais e/ou Normativos Internos	Orientações para o Atendimento aos requisitos Legais e/ou Normativos Internos	
ATIVIDADES A AVALIAR A obra a ser contratada caracteriza-se por:						
INSTALAÇÃO DE CANTEIROS DE OBRAS COM ESCRITÓRIO, BANHEIROS, BEBEDOUROS, REFEITÓRIOS, ETE, FOSSA, ALMOXARIFADO, OFICINA, ETC?	X		ESCRITORIO E BANHEIRO QUIMICO			
SERVIÇOS DE TERRAPLENAGEM?		X				
ATIVIDADE OFF SHORE?		X				
INTERVENÇÃO/SUPRESSÃO EM ÁREA DE APP?		X				
CORTES DE ÁRVORES ISOLADAS?		X				
USO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS MOVIDOS A DIESEL? QUAIS?		X				
HAVERÁ NECESSIDADE DE ABASTECIMENTO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS NA OBRA?		X				
USO DE BETONEIRA? QUAL TIPO?		X				
GERAÇÃO DE RESÍDUOS CLASSE I e/ou CLASSE II A-B?	X		marmitas, papeis, material de escritorio			
UTILIZAÇÃO DE INSUMOS (AREIA, ARGILA, BRITA, CIMENTO, LATERITA, MADEIRA, ETC?)		X				
USO DE PRODUTOS QUÍMICOS? QUAIS?		X				



Itens para Análise	SIM	NÃO	Quais? (p/ respostas positivas)	Campos a serem preenchidos pela Área de Meio Ambiente		Prazo para Atendimento e/ou Status
ATIVIDADES A AVALIAR A obra a ser contratada caracteriza-se por:				Requisitos Legais e/ou Normativos Internos	Orientações para o Atendimento aos requisitos Legais e/ou Normativos Internos	
HAVERÁ GERAÇÃO DE POEIRA, PARTICULADOS E FUMAÇA EM VEICULOS E EQUIPAMENTOS?		X				
HAVERÁ UTILIZAÇÃO DE ÁGUA ? FORNECIMENTO EXTERNO OU EMAP?	X		Fornecimento pela EMAP			
HAVERÁ DRAGAGEM?		X				
HAVERÁ SONDAGEM?		X				
HÁ ALGUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR QUE VOCÊ CONSIDERA IMPORTANTE NA ÁREA AMBIENTAL?		X				
Itens para Análise	SIM	NÃO	Quais? (p/ respostas positivas)	Campos a serem preenchidos pela Área de Meio Ambiente		Prazo para Atendimento e/ou Status
ATIVIDADES A AVALIAR Os serviços diversos a serem contratados caracterizam-se por:				Requisitos Legais e/ou Normativos Internos	Orientações para o Atendimento aos requisitos Legais e/ou Normativos Internos	
AQUISIÇÃO DE MÁQUINAS/EQUIPAMENTOS?		X				
AQUISIÇÃO DE MATERIAIS/INSUMOS		X				
LOCAÇÃO DE MÁQUINAS/EQUIPAMENTOS/VEÍCULOS?		X				
FORNECIMENTO DE SERVIÇO DE LIMPEZA E CONSERVAÇÃO?		X				
FORNECIMENTO DE SERVIÇO LAVAGEM DE VEÍCULOS/LIMPEZA DE BEBEDOUROS/LIMPEZA DE CAIXAS D'ÁGUA E CISTERNAS/ LIMPEZA DE FOSSAS/ MANUTENÇÃO DE AR CONDICIONADO/BANHEIRO QUÍMICO?		X				
FORNECIMENTO DE ESTUDOS/MONITORAMENTOS/ CONSULTORIAS/ PESQUISAS/ ETC?	X		RELATÓRIOS TÉCNICO DO ESCANEAMENTO E MAPEAMENTO GPR			
FORNECIMENTO DE OUTRO TIPO DE SERVIÇO QUE NÃO ESTEJA CONTEMPLADO?		X				
HÁ ALGUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR QUE VOCÊ CONSIDERA IMPORTANTE NA ÁREA AMBIENTAL?		X				

**1) REALIZAR INSPEÇÕES DE MEIO AMBIENTE NA OBRA OU SERVIÇO?**

- Sim, conforme Procedimentos Internos da EMAP;
- Inspeções (check-list) em equipamento e maquinários, avaliando a presença do kit ambiental nas proximidades do veículo ou da atividade;
- Deverá o fiscal EMAP cobrar a implementação do Sistema de Gestão de Meio Ambiente da EMAP e garantir que o planejamento operacional possa trabalhar com o foco nos procedimentos de meio ambiente.

**2) REALIZAR TREINAMENTO DOS EXECUTANTES EM OUTROS PROCEDIMENTOS QUE NÃO OS INDICADOS NAS ORIENTAÇÕES?**

- Treinamento de ambientação - PROAPI (para todos os empregados)
- Treinamentos de específicos da área ambiental para todos os empregados;
- Treinamentos específicos e de capacitação dos procedimentos das atividades rotineiras;
- Treinamentos referente a gestão de resíduos sólidos e líquidos gerados na atividade;
- Treinamento para o combate a emergências ambientais;
- Todos os empregados devem estar devidamente qualificados e habilitados para suas funções.

**3) OBSERVAÇÕES.**

- a. A Empresa deverá cumprir toda a legislação vigente no que se refere ao meio ambiente.
- b. A contratada deverá implantar o Sistema de Gestão de meio ambiente.
- c. A empresa deverá comunicar/registrar e investigar todas as ocorrências de Quase Acidente, acidentes e incidentes ambientais
- d. Para realização da tarefa que não estejam mencionados neste documento deverão se envolvidos as partes do SSMA DA EMAP, SSMA da Fiscalizadora, quando aplicável e Fiscal EMAP;
- e. A EMAP solicita cópia de todas as documentações legais previstas nas legislação ambiental vigente e nos procedimentos internos da

**RESPONSÁVEL PELA ÁREA DE MEIO AMBIENTE:**

Nome Completo:

Nome do Técnico em Meio Ambiente da COAMB

Matrícula:

Correio Eletrônico:

Data de Análise: