

AVALIAÇÃO DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHO DE SERVIÇOS A CONTRATAR

Gerência / Coordenação Contratante:	GEPRO			Descrição do Contrato:	Contratação Integrada de Empresa Especializada para Elaboração de Projeto Básico, Executivo da Praça de Resíduos (incluindo infra e superestrutura) da central de resíduos; Construção do Abrigo de resíduos perigosos; Execução de pavimentação, paisagismo, instalações complementares da Central de Resíduos.	
Nome do Responsável:	CARLOS VINICIUS SOUSA RIBEIRO					
Responsável pela Análise:	Nome do Téc. Seg avaliou o chekc-list			Efetivo estimado do contrato:	25 COLABORADORES	
Data da Análise:	Data da avaliação da Segurança			Local da execução da obra ou serviço:	AREA PRIMÁRIA DO PORTO DO ITAQUI	
A contratada irá acessar a Poligonal do Porto do Itaqui e/ou Terminais Delegados?	X	SIM		NÃO	Tempo de duração da obra ou serviço:	8 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	
ATIVIDADES A AVALIAR Obra e/ou Serviço a ser contratada(o), caracteriza-se por:						
1. TRABALHO EM ALTURA? (A partir de 2m)	X		Montagem de telhados, pinturas em fachadas, partir do térreo, construção de edificação, reforma de telhado, construção de cobertura metálica			
2. CONDUÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES?	X		Veículos de passeio, caminhões, tratores etc			
3. OPERAÇÃO DE EQUIPAMENTOS MÓVEIS?	X		Guincho, munck,			
4. ATIVIDADES E OPERAÇÕES PERIGOSAS (PERICULOSIDADE) ENVOLVENDO EXPOSIÇÃO A ENERGIA ELÉTRICA?	X		Instalações elétricas da central de resíduos			
5. MANUSEIO DE CARGAS SUSPENSAS / ELEVADAS (PONTE ROLANTE, GUINDASTE, ETC.)?	X		Guincho, munck			
6. TRABALHO EM AMBIENTE CONFINADO OU SEMI-CONFINADO (TUBULÕES, TANQUES, CAIXAS, GALERIAS, ETC.)?	X		Construção dos tanques do abrigo de resíduos perigosos			
7. EXPOSIÇÃO A PARTES MÓVEIS / ROTATIVAS (BETONEIRAS, SERRAS CIRCULARES, SERRAS ELÉTRICAS, ETC.)?	X		Betoneiras, serras etc			
8. TRABALHO PRÓXIMO A VALAS, TALUDES OU PILHAS?	X		Construção dos tanques do abrigo de resíduos perigosos			
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		Pinturas, Pulverizados e Solventes		
12.TRABALHO COM CORTE E SOLDA OXIACETILÊNICA?	X		Montagem da estrutura metálica, execução das tampas dos tanques do abrigo de produtos perigosos		
13.RISCO DE ATAQUE DE ANIMAIS E INSETOS?	X		Insetos		
14.CONTATO COM AGENTES BIOLÓGICOS?	X		Vírus e bactérias		
15.EXPOSIÇÃO A EQUIPAMENTOS / FLUÍDOS SOB PRESSÃO (COMPRESSORES, CILINDROS, PNEUS, SISTEMA HIDRÁULICO, ETC.)?	X		Sistemas hidráulicos, compressores para pintura, etc		
16.EXPOSIÇÃO A POEIRA, PARTICULADOS, RUÍDO OU UMIDADE?	X				
17.UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTAS, MÁQUINAS OU EQUIPAMENTOS PRÓPRIOS (MÁQUINA DE SOLDA, ESMERILHADEIRA, SERRAS, ETC.)?	X		Maquinas de solda, esmerilhadeira, serras		
18.TRABALHO PRÓXIMO A ÁGUA (PIER, CAIS, ETC.)?		X			
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	uso de banheiros químicos, alimentação em restaurante proximo a área primaria		
20.HAVERÁ USO DE ENERGIA ELÉTRICA PARA EXECUÇÃO DO OBJETO DO CONTRATO?	X				
21.TEMPO DE EXECUÇÃO DO CONTRATO SERÁ SUPERIOR A 60 DIAS?	X		8 MESES		
22.HAVERÁ ATIVIDADES SOBRE EMBARCAÇÃO OU USO DE BARCAÇA?		X	Instalação de emissário da ETE		
23. HAVERÁ SERVIÇOS DE ESCAVAÇÃO, SONDAGENS?		X	Escavação de valas , execução de sondagem		
24. HAVERÁ TRABALHOS DE MERGULHO?		X			
25.HAVERÁ TRABALHO NOTURNO?		X	Serviço a ser executado 24h		

26.HÁ ALGUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR QUE VOCÊ CONSIDERA IMPORTANTE?		X				
---	--	---	--	--	--	--

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 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.
 - A contratada deverá implantar o Sistema de Gestão de Segurança e Saúde da EMAP.
 - 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.
 - 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.**
- Para realização da tarefa que não estejam mencionados neste documento deverão se envolver as partes do SESMT EMAP, SESMT da Fiscalizadora, quando aplicável e Fiscal EMAP;
 - A EMAP solicita cópia da ART (Anotação de Responsabilidade Técnica) dos engenheiros e responsáveis técnicos da empresa a ser contratada;
 - A EMAP solicita cópia do PPRA ou PCMAT, PCMSO, PPR, PCA e Registro dos profissionais do SESMT da empresa na SRTE;
 - Somente é permitido o uso de cintos de segurança tipo paraquedista para trabalho em altura, sendo expressamente proibido o uso de cinto abdominal.
 - Todos os veículo e equipamentos móveis devem estar devidamente sinalizados e com seus dispositivos de segurança em perfeito estado de funcionamento;
 - 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.
 - Os empregados deverão estar com suas vacinas em dias.
 - 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.
 - Todos os equipamentos e ferramentas deverão possuir check-list próprio e os operadores serem treinados quanto a sua utilização.
 - Todas as máquinas, veículos e equipamentos deverão possuir plano de manutenção.
 - Todas as partes móveis dos equipamentos deverão estar devidamente protegidas.
 - 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. <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.</i>	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. <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.</i>	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). <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.</i>	TODOS OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO ADMISSIONAL E SEMESTRALMENTE
3.2 RUÍDO	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). <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.</i>	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. <i>OBS.: ESSES EXAMES DEVERÃO SER LAUDADOS E ASSINADOS POR ESPECIALISTA.</i>	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 COLUNA VERTEBRAL; AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL; ELETROENCEFALOGRAMA (EEG); ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; 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

3.5 AGENTES QUÍMICOS (SOLVENTES, TINTAS E GASES)	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TÓRAX AP; AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGÜÍNEA (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) - SOMENTE PARA OS INTEGRANTES DA EQUIPE DE RESPOSTA A EMERGÊNCIA	ASO; FICHA CLÍNICA. ASSINADOS POR MÉDICO DO TRABALHO OU MÉDICO EXAMINADOR INDICADO.	RAIO X DE TÓRAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO E RETICULÓCITOS GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGÜÍNEA (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 TÓRAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGÜÍNEA (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) (INDICAR APTIDÃO NO ASO)	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. <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) (INDICAR APTIDÃO NO ASO)	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; 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 TÓRAX AP; ACUIDADE VISUAL; HEMOGRAMA COMPLETO; GLICEMIA EM JEJUM; TIPAGEM SANGÜÍNEA (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 TÓRAX 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
OBSERVAÇÕES			
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.			
EXIGÊNCIAS DA DOCUMENTAÇÃO DE SAÚDE			

PCMSO	<p>4.1 No PCMSO deverão constar os itens obrigatórios descritos abaixo:</p> <p>4.1.1 CAPA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Logomarca; • Nome da empresa • Data da elaboração do PCMSO; • Validade; • Nome do Médico Elaborador e Coordenador do PCMSO, com CRM e telefone; <p>4.1.2 ÍNDICE (PAGINADO)</p> <p>4.1.3 IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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>4.1.4 OBJETIVOS DO PCMSO (DESCREVER):</p> <p>4.1.5 RESPONSABILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empregador; • Empregado; • Médico Coordenador. <p>4.1.6 EXAMES MÉDICOS OCUPACIONAIS EXIGIDOS DE ACORDO COM A FUNÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admissional; • Demissional; • Periódico; • Mudança de função e Retorno ao Trabalho. <p>4.1.7 MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA CAIXA DOS PRIMEIROS SOCORROS</p> <p>4.1.8 FLUXOGRAMA OPERACIONAL EM CASOS DE URGÊNCIA E MERGÊNCIA</p> <p>4.1.9 FICHA CLÍNICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelo; • Responsabilidades; • Manutenção de Arquivos; • Transferência de Arquivos. <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):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nome; • CRM; • Fone. <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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico Elaborador do PCMSO; • Médico Coordenador do PCMSO (quadro exigido pela NR 7 ou da empresa contratante); • Responsável Legal da Empresa; • Local e Data.
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;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de Atestados x Número de Empregados; • Número de Atestados x Dias de Atestado; • Dias de Atestados x Número de Empregados. <p>4.2.4 AFASTAMENTOS PELO INSS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gravidez/parto; • Doença Ocupacional; • Doença Não Ocupacional; • Acidente de Trabalho. <p>4.2.5 CAMPANHAS DE VACINAÇÃO</p> <p>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>

PORTO DO

ITAQUI

AVALIAÇÃO DO MEIO AMBIENTE DE SERVIÇOS A CONTRATAR

Gerência / Coordenação Contratante:	GEPRO			Descrição do Contrato:	Contratação Integrada de Empresa Especializada para Elaboração de Projeto Básico, Executivo da Praça de Resíduos (incluindo infra e superestrutura) da central de resíduos; Construção do Abrigo de resíduos perigosos; Execução de pavimentação, paisagismo, instalações complementares da Central de Resíduos.
Nome do Responsável:	CARLOS VINICIUS SOUSA RIBEIRO				
Responsável pela Análise:	Nome do Téc. Seg avaliou o chekc-list			Efetivo estimado do contrato:	25 COLABORADORES
Data da Análise:	Data da avaliação da Segurança			Local da execução da obra ou serviço:	AREA PRIMÁRIA DO PORTO DO ITAQUI
A contratada irá acessar a Poligonal do Porto do Itaqui e/ou Terminais Delegados?	X	SIM	NÃO	Tempo de duração da obra ou serviço:	08 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, BANHEIRO, ETC			
SERVIÇOS DE TERRAPLENAGEM?	X		Para nova construção			
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		Veículos			
HAVERÁ NECESSIDADE DE ABASTECIMENTO DE MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS NA OBRA?		X	Veículos			
USO DE BETONEIRA? QUAL TIPO?	X		Betoneiras elétricas 400l			
GERAÇÃO DE RESÍDUOS CLASSE I e/ou CLASSE II A-B?	X		Classe II B			
UTILIZAÇÃO DE INSUMOS (AREIA, ARGILA, BRITA, CIMENTO, LATERITA,MADEIRA, ETC?	X					
USO DE PRODUTOS QUÍMICOS? QUAIS?	X		Tintas e solventes			
HAVERÁ GERAÇÃO DE POEIRA, PARTICULADOS E FUMAÇA EM VEICULOS E EQUIPAMENTOS?	X					
HAVERÁ UTILIZAÇÃO DE ÁGUA ? FORNECIMENTO EXTERNO OU EMAP?	X		Fornecimento EMAP			
HAVERÁ DRAGAGEM?		X				
HAVERÁ SONDAGEM?	X					
HÁ ALGUMA INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR QUE VOCÊ CONSIDERA IMPORTANTE NA ÁREA AMBIENTAL?		X				
Itens para Análise			Quais? (p/ respostas	Campos a serem preenchidos pela Área de Meio Ambiente		Prazo para Atendimento e/ou

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	
ATIVIDADES A AVALIAR Os serviços diversos a serem contratados caracterizam-se por:	SI	N	positivas)	Requisitos Legais e/ou Normativos Internos	Orientações para o Atendimento aos requisitos Legais e/ou Normativos Internos	Atendimento e/ou Status
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				
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 Autoridade Portuária.

RESPONSÁVEL PELA ÁREA DE MEIO AMBIENTE:

Nome Completo:

Nome do Técnico em Meio Ambiente da COAMB

Matrícula:

Correio Eletrônico:

Data de Análise: