**LEVANTAMENTO PRELIMINAR DE RISCOS LABORAIS**

**INSTRUÇÕES**

1. Ao responder às questões utilizar como referência o leiaute da Figura 4.8.
2. Responder objetivamente, fornecendo informações complementares quando necessário.
3. Caso a unidade não ocupe todo o pavimento do edifício, informar células que correspondem ao espaço utilizado.
4. Eventuais dúvidas podem ser esclarecidas pelo atendimento da CIPA, mensagem por e-mail ou fale conosco por telefone, ramal XXX.

**1 INFORMAÇÕES GERAIS**

1. Identificação da unidade (nome completo e sigla).
2. Descrever as principais atividades realizadas na unidade.
3. Informar gerentes geral e substituto (nomes completos e matrículas).
4. Áreas destinadas às atividades produtivas: demarcar células no leiaute.

**2 QUADRO DE PESSOAL**

1. Preencher o Quadro abaixo.

**Quadro 1** Quantitativos de Pessoal

|  |  |
| --- | --- |
| **Quantitativos** | **Total** |
| Empregados lotados na unidade |  |
| Prestadores de serviço terceirizados |  |
| Estagiários e jovens aprendizes |  |
| Empregados afastados por licença médica |  |

1. Há pessoas com deficiência sensorial (auditiva, visual) ou física (limitações motoras, como paraplegia e amputação) que trabalham na Unidade? Caso afirmativo, relacionar os trabalhadores e o tipo de deficiência.
2. A unidade realiza atendimento ao público externo? Caso afirmativo, informar a posição e o número de colaboradores nessa atividade (demarcar no leiaute).

**3 MÁQUINAS E EQUIPAMENTOS**

1. Preencher o Quadro abaixo.

**Quadro 2** Quantitativos de máquinas e equipamentos

|  |  |
| --- | --- |
| **Quantitativos** | **Total** |
| Computadores fixos |  |
| Impressoras |  |
| Bebedouros |  |
| Cafeteiras |  |
| Fragmentadoras de papel e CDs |  |
| Outros (descrever) |  |

1. A unidade utiliza veículos para transportar empregados e/ou prestadores de serviço? Caso afirmativo, informar quantos veículos e a média de viagens por mês.

**4 INFRAESTRUTURA (MOBILIÁRIO, LEIAUTE E INSTALAÇÕES)**

1. De modo geral, o mobiliário na unidade (mesas, cadeiras, armários, divisórias) é adequado para as atividades realizadas?
2. Existe área específica para arquivamento de documentos impressos na unidade? Caso afirmativo, demarcar localização no leiaute e informar dimensões (comprimento e largura), em metros.
3. Há salas de reunião e/ou auditórios na unidade? Caso afirmativo, informar localização no leiaute e dimensões (comprimento e largura), em metros.
4. Há alguma área com risco de queda e/ou impacto mecânico – abertura ou desnível no piso, divisórias sem fixação adequada ou arquivos elevados? Essas áreas estão devidamente sinalizadas?
5. Nos últimos 12 (doze) meses, houve alteração de leiaute na unidade, com rearranjo da posição e configuração das estações de trabalho?
6. Nos próximos 6 (seis) meses, existe alguma solicitação ou planejamento de alteração do leiaute da unidade?

**5 SEGURANÇA CONTRA INCÊNDIO**

1. Informar nome completo e matrícula dos empregados da unidade designados como brigadistas de incêndio – participantes do último treinamento específico.
2. Informar o total, o tipo e data de recarga para os extintores de incêndio instalados na unidade (área interna e externa).

**Quadro 3** Quantitativos de extintores

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Extintor** | **Quantidade** | **Posição**  **(Figura 4.3)** | **Validade**  **(mês/ano)** |
| Água pressurizada - Classe A |  |  |  |
| Gás carbônico - Classe C |  |  |  |
| Pó químico - Classes A, B e C |  |  |  |
| Outro |  |  |  |

1. Os extintores e hidrantes (caixas de incêndio) estão devidamente sinalizados e desobstruídos para utilização imediata? Caso negativo, informar o problema.
2. Caso aplicável, informar se as salas de reunião e/ou auditórios possuem saídas sinalizadas e portas com abertura no sentido de dentro para fora.

**6 HIGIENE OCUPACIONAL**

1. Há ruído incômodo, desconforto térmico por calor ou frio excessivos, vibrações em máquinas / equipamentos - cuja intensidade e/ou frequência prejudiquem a concentração no trabalho na unidade? Caso afirmativo descrever.
2. Existe reclamação de acúmulo de sujeira nos bocais insufladores do sistema de ar condicionado?
3. Existe algum desconforto ergonômico por levantamento e transporte manual de peso, postura inadequada nos postos de trabalho? Caso afirmativo descrever.
4. A limpeza dos ambientes internos (pisos, estações de trabalho, lixeiras) é realizada de forma periódica e satisfatória? Caso negativo, informar eventual problema.
5. As condições de higienização da copa e dos sanitários são satisfatórias durante a jornada de trabalho? Caso negativo, informar eventual problema.
6. Se houver purificadores instalados na Unidade, houve reclamação quanto à qualidade da água, percepção de “gosto” e/ou odor desagradáveis?

**7 ACIDENTES DO TRABALHO**

1. Nos últimos 12 (doze) meses, na sua unidade houve algum afastamento motivado pelos itens abaixo? Caso afirmativo, descrever o tipo e a duração do afastamento.
2. acidente no local de trabalho (quedas, impactos, choques elétricos, e outros)
3. acidente de trajeto (a serviço ou no trajeto para a empresa)
4. doença ocupacional tipo LER ou DORT
5. estresse físico ou psíquico
6. outros tipos
7. Qual a frequência dos assuntos relativos à Segurança e Saúde do Trabalho (SST) discutidos nas reuniões com o pessoal da unidade? (assinale a alternativa)
8. uma vez por mês
9. uma vez por semestre
10. uma vez por ano
11. nenhuma

**8 COMENTÁRIOS**

1. Espaço para sugestões e críticas a fim de subsidiar ações de melhoria.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. Dada de validação das informações: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20XX.
2. Data de visita à unidade: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20XX.
3. Nome e matrícula do Responsável:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_