

| | |
|-----------------|--|
| NOME DA EMPRESA | CHECK LIST - DISPOSIÇÕES GERAIS (NR 01) |
|-----------------|--|

| | |
|---|-------------------------------|
| Empresa: | Data da Inspeção: __/__/__ |
| Inspetor (es): | |
| Responsável pelo Local de Trabalho / Setor: | Local de Trabalho / Setor: |
| Referências Técnicas: | |

| DESCRIÇÃO DA INSPEÇÃO | | | |
|--|-----|-----|-------------|
| ITENS | SIM | NÃO | OBSERVAÇÕES |
| A empresa cumpre e faz cumprir as Normas Regulamentadoras - NR, relativas à segurança e medicina do trabalho, a ela cabível? | | | |
| A empresa cumpre e faz cumprir outras disposições, regulamentos sanitários do Estado ou Município, e outras, oriundas de convenções e acordos coletivos de trabalho? | | | |
| A empresa elabora ordens de serviço sobre segurança e medicina do trabalho aos trabalhadores? | | | |
| A empresa repassa as instruções da ordem de serviço e os direitos e deveres, que os empregados devem conhecer e cumpri-los, visando à promoção da segurança e saúde dos trabalhadores? | | | |
| A empresa informa os empregados de que serão passíveis de punição, pelo descumprimento das ordens de serviço expedidas? | | | |
| A empresa estabelece medidas para eliminar ou neutralizar a insalubridade? | | | |
| A empresa informa aos empregados os riscos profissionais que possam originar-se nos locais de trabalho? | | | |
| A empresa informa os meios para prevenir e limitar tais riscos e as medidas adotadas pela empresa? | | | |
| A empresa fornece e informa aos empregados a forma correta no uso dos EPI's e EPC's? | | | |
| A empresa informa aos empregados os resultados dos exames médicos e de exames complementares de diagnóstico, aos quais os próprios trabalhadores foram submetidos? | | | |
| A empresa permitir que representantes dos trabalhadores acompanhem a fiscalização dos preceitos legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho? | | | |
| A empresa informa aos empregados os resultados das avaliações ambientais realizadas nos locais de trabalho? | | | |
| A empresa informa aos empregados os procedimentos que devem ser adotados em caso de acidente ou doença relacionada ao trabalho? | | | |
| Conclusão: | | | |

Assinatura

NOME DO RESPONSÁVEL PELA INSPEÇÃO

Assinatura

NOME DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL DE TRABALHO