



CHECK LIST – SERVIÇO INTEGRADO DE SST (SISTEMA POR COTAS)

Empresa:		CNPJ:	
Endereço:		Cidade:	
Nome Contato:		Telefone Contato:	
Qtdd Trabalhadores:	Qtdd/turno: () 1º turno () 2º turno () 3º turno		
Horário dos turnos: 1º turno: _____ às _____ 2º turno: _____ às _____ 3º turno: _____ às _____			
Data vencimento PCMSO:		Data Vencimento PPRA:	
Data vencimento PCA:		Existe AET: () Sim () Não	
Vigência da CIPA:		Qtdd de Cipeiros:	
Realização Exames Periódicos: () Semanal () Mensal () Outros – Descrever: _____ _____			
Qtdd de exames periódicos/período:			
Sugestão de atendimento dos exames periódicos: () Manhã () Tarde () Noite			
Sugestão de horários: Manhã: _____ às _____ Tarde: _____ às _____ Noite: _____ às _____			
Existem profissionais de Saúde na empresa: () Sim – Descrever: _____ _____ () Não			
Existem profissionais de Segurança na empresa: () Sim – Descrever: _____ _____ () Não			
Realiza avaliações ambientais: () Sim () Não			
Tem fornecedor para as avaliações ambientais: () Sim – Fornecedor: _____ () Não			

