

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**Nome da unidade**

|  |
| --- |
| **I - SEÇÃO DE DADOS ADMINISTRATIVOS** |
| 1 - CNPJ do Domicílio Tributário/CEI: | 2 - Nome Empresarial:**Nome da unidade**  | 3 - CNAE:  |
| 4 - Nome do Servidor (a):  | 5 - BR/PDH: NA  | 6 – CPF:  |
| 7 - Data do Nascimento | 8 - Sexo (F/M) | 9 - Registro / Vínculo | 10 - Data de Ingresso | 11 - Regime de Revezamento |
|  | ( ) F ( ) M |  |   |  NÃO SE APLICA |
| 12 - CAT REGISTRADA |
| 12.1 - Data do Registro | 12.2 - Número da CAT | 12.1 - Data do Registro | 12.2 - Número da CAT |
|  --------------------------- | --------------------------------------------- | ------------------------------------------------- | ------------------------------------- |
| 13 - LOTAÇÃO E ATRIBUIÇÃO |
| 13.1 - Período | 13.2 - CNPJ/CEI/ CAEPF/CNO | 13.3 - Unidade / Setor | 13.4 - Cargo ou Função | 13.5 - Cargo em comissão | 13.6 - CBO | 13.7 - Cód. GFIP |
|  |  |   |  |  |  |  |
| 14 - PROFISSIOGRAFIA |
| 14.1 - Período | 14.2 - Descrição das atividades |
|  |  |
| **II - SEÇÃO DE REGISTROS AMBIENTAIS** |
| 15 - EXPOSIÇÃO A FATORES DE RISCOS |
| 15.1 - Período | 15.2 - Tipo | 15.3 - Fator de Risco | 15.4 - Intensidade / Concentração | 15.5 - Técnica Utilizada | 15.6 - EPC Eficaz (S/N) | 15.7- EPI Eficaz (S/N) | 15.8 - CA EPI |
|  | Biológico  | *Bacilos Bactérias, Fungos,Parasitas, Príons,Protozoários e Vírus*  | *Habitual e Permanente**Não Ocasional e Nem Intermitente* | *NR- 15 – Anexo 14* *Avaliação Qualitativa* |  N |  S |  - |
| 15.9 - Atendimento aos requisitos das NR-06 e NR-09 do MTE pelos EPI informados | (S/N) |
| Foi tentada a implementação de medidas de proteção coletiva, de caráter administrativo ou de organização do trabalho, optando-se pelo EPI por inviabilidade técnica, insuficiência ou interinidade, ou ainda em caráter complementar ou emergencial? |  N |
| Foram observadas as condições de funcionamento e do uso ininterrupto do EPI ao longo do tempo, conforme especificação técnica do fabricante, ajustada às condições de campo? |  N |
| Foi observado o prazo de validade, conforme Certificado de Aprovação - CA do MTE? |  S |
| Foi observada a periodicidade de troca definida pelos programas ambientais, comprovada mediante recibo assinado pelo usuário em época própria? |  N |
| Foi observada a higienização? |  N |

|  |
| --- |
| 16 - RESPONSÁVEL PELOS REGISTROS AMBIENTAIS |
| 16.1 - Período | 16.2 - CPF | 16.3 - Registro Conselho de Classe | 16.4 - Nome do Profissional Legalmente Habilitado |
|  |  | CREA / MTE | Profissionais com formação em SST |
| **III - RESPONSÁVEIS PELAS INFORMAÇÕES** |
| *Declaramos, para todos os fins de direito, que as informações prestadas neste documento são verídicas e foram transcritas fielmente dos registros administrativos, das demonstrações ambientais do (colocar nome da unidade) . É de nosso conhecimento que a prestação de informações falsas neste documento constitui crime de falsificação de documento público, nos termos do artigo 297 do Código Penal e, também, que tais informações são de caráter privativo do servidor, constituindo crime, nos termos da Lei nº 9.029/95, práticas discriminatórias decorrentes de sua exigibilidade por outrem, bem como de sua divulgação para terceiros, ressalvado quando exigida pelos órgãos públicos competentes.* |
| 17 - Data da Emissão do PPP | 18 – Representante legal da empresa |
|  | 18.1 - Nº Do CPF do representante legal | 18.2 – Nome do representante legal |
|   |  Ou seu preposto |
| Exemplo:CNPJ 46.374.500/0001-94SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDEAv. Dr. Arnaldo, 351Cerqueira Cesar – CEP 1246-000São Paulo - SP | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura física ou eletrônica |
| **OBSERVAÇÕES:**Deixou de constar os registros de monitoração biológica de acordo com o artigo 2º resolução CFM 1.715 de 08 de janeiro 2004 |