



**ARSLVT**  
Administração Regional de Saúde  
de Lisboa e Vale do Tejo I.P.

## GUIÃO DE VISTORIA A EMPRESAS

**AUTORIDADE DE SAÚDE**

Processo nº

Recebido em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Efectuada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### A - IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE EMPREGADORA

1. Nome ou Designação Social \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Endereço do Domicílio ou Sede \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.1. Localidade \_\_\_\_\_

2.2. Código Postal  -  \_\_\_\_\_

2.3. Distrito \_\_\_\_\_ 2.4. Concelho \_\_\_\_\_

3. Actividade Principal (CAE) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de Estabelecimentos no Concelho

### B – IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO / EMPRESA

1. Nome ou Designação Social \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Endereço \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.1. Localidade \_\_\_\_\_

2.2. Código Postal  -  \_\_\_\_\_

2.3. Telefone  Fax

3. Licenciado Sim ☐ Não ☐

3.1. Entidade Licenciadora \_\_\_\_\_ Nº Procº.

3.2. Actividade Principal /CAE)

4. N.º total de trabalhadores a abranger: .....

4.1. com actividade industrial (se for o caso).....

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

4.2. sem actividades industrial (se for o caso).....

4.3. com riscos elevado.....

## C – ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO

1. Serviço Interno ☐ 2. Serviço Comum ☐ 3. Serviço Externo ☐

3.1. Qual a empresa prestadora de serviços de saúde \_\_\_\_\_

3.2. Qual a empresa prestadora de serviços de segurança \_\_\_\_\_

## D – SERVIÇO DE SAÚDE NO TRABALHO (a preencher quando o estabelecimento possua)

1. Localização: \_\_\_\_\_

2. Instalações:

2.1. Número de compartimentos  Área dos compartimentos (aprox.) \_\_\_\_\_

2.2. Gabinete(s) médicos / enfermagem com lavatório dotado de torneira de comando não manual ..... Sim ☐ Não ☐

Obs: \_\_\_\_\_

2.3. Iluminação e ventilação naturais / artificiais adequadas ..... Sim ☐ Não ☐

Obs: \_\_\_\_\_

2.4. As instalações têm condições adequadas à prestação de cuidados de saúde no trabalho ..... Sim ☐ Não ☐

Se não, discriminar: \_\_\_\_\_

3. Funcionamento

3.1. Exames de saúde ..... Sim ☐ Não ☐

3.2. Ficheiro médico próprio e preenchido..... Sim ☐ Não ☐

3.3. Fichas de aptidão..... Sim ☐ Não ☐

3.4. Visitas aos locais de trabalho e respectivos relatórios..... Sim ☐ Não ☐

3.5. Tem preenchido e enviado relatório único ..... Sim ☐ Não ☐

Observações sobre o funcionamento \_\_\_\_\_

4. Primeiros socorros:

4.1. Equipamento adequado..... Sim ☐ Não ☐

Especificar o que considere estar em falta \_\_\_\_\_

4.2. Trabalhadores com treino em socorrismo em número suficiente ..... Sim ☐ Não ☐

4.3. Existe plano para actuação em caso de emergência ..... Sim ☐ Não ☐

5. Existe programa de promoção e educação para a saúde ..... Sim ☐ Não ☐

Discrimine sucintamente caso exista: \_\_\_\_\_

## E – CONDIÇÕES GERAIS DE TRABALHO

1. Iluminação natural / artificial adequada ..... Sim ☐ Não ☐
- 1.1. Iluminação de emergência ..... Sim ☐ Não ☐
- Observações \_\_\_\_\_
2. Ventilação adequada ..... Sim ☐ Não ☐
- Observações : \_\_\_\_\_
3. Ambiente Térmico (temperatura e humidade) ..... Adequado às tarefas ☐ Não adequado às tarefas ☐
- Observações \_\_\_\_\_
4. Instalações Sociais
- 4.1. Armários / Vestiários ..... Número  Sim ☐ Não ☐
- Estado de conservação ..... Bom ☐ Razoável ☐ Mau ☐
- 4.2. Balneários ..... Número  Sim ☐ Não ☐
- Estado de conservação ..... Bom ☐ Razoável ☐ Mau ☐
- 4.3. Sanitários ..... Número  Sim ☐ Não ☐
- Estado de conservação ..... Bom ☐ Razoável ☐ Mau ☐
- 4.4. Refeitório ..... Número  Sim ☐ Não ☐
- Estado de conservação ..... Bom ☐ Razoável ☐ Mau ☐
- 4.5. Outras \_\_\_\_\_
- Observações: \_\_\_\_\_

## F – AVALIAÇÃO DE RISCOS PROFISSIONAIS

1. Identificação e avaliação dos riscos ..... Sim ☐ Não ☐
- 1.1. Programa de eliminação / redução dos riscos ..... Sim ☐ Não ☐
- 1.2. Informação e formação dos trabalhadores..... Sim ☐ Não ☐
- Observações \_\_\_\_\_
2. Existe exposição a factores de risco de doença profissional ..... Sim ☐ Não ☐
- Caso existam descreva quais:
- a) Ruído ..... Sim ☐ Não ☐
- b) Amianto ..... Sim ☐ Não ☐
- c) Silica ..... Sim ☐ Não ☐
- d) Chumbo ..... Sim ☐ Não ☐
- e) Cloreto de Vinilo ..... Sim ☐ Não ☐
- f) Outras (descreva) : \_\_\_\_\_
- 2.1. Existe avaliação ambiental ..... Sim ☐ Não ☐
- 2.2. Existe avaliação de exposição individual ..... Sim ☐ Não ☐

2.3. As normas de vigilância da saúde são cumpridas ..... Sim ☐ Não ☐

Observações : \_\_\_\_\_

3. Existe medidas de protecção colectivas..... Sim ☐ Não ☐

Observações : \_\_\_\_\_

4. Existe medidas de protecção individual ..... Sim ☐ Não ☐

Descreva as principais e se o equipamento é adequado \_\_\_\_\_

| G – SANEAMENTO  |                                       |                               |   |
|---|---------------------------------------|-------------------------------|---|
| 1. Abastecimento de água :  |                                       |                               |   |
| 1.1. Origem   | Rede Pública <input type="checkbox"/> | Furo <input type="checkbox"/> | Outra <input type="checkbox"/>  |
| 1.2. PCQA (caso se trate de um sistema particular) Análise e resultados _____   |                                       |                               |   |
| 2. Resíduos: <span style="float: right;">Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/></span> |                                       |                               |   |
| 2.1. Tipo : _____   |                                       |                               |   |
| 2.2. Armazenamento : _____  |                                       |                               |   |
| 2.3. Tratamento : _____   |                                       |                               |   |
| 2.4. Entidade responsável pela remoção : _____  |                                       |                               |   |
| 2.5. Destino final : _____  |                                       |                               |   |
| 3. Efluentes líquidos :   |                                       |                               |   |
| 3.1. Domésticos :   | Tratamento .....                      |                               | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>                             |
|   | Destino _____                         |                               |   |
| 3.2. Industriais:   | Gestão adequada .....                 |                               | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> |
|   | Destino final _____                   |                               |   |

| H – ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇAS PROFISSIONAIS                             |                     |                    |   |
|---|---------------------|--------------------|---|
| 1. Existe listagem de acidentes de trabalho ocorridos .....                   |                     |                    | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 1.1. Existe relatórios dos acidentes com incapacidade superior a 3 dias ..... |                     |                    | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| 1.2. Taxa de frequência de acidentes no ano transacto _____                   |                     |                    |   |
| 1.3. Taxa de gravidade de acidente do ano transacto _____                     |                     |                    |   |
| 2. Existe listagem de doenças profissionais .....                             |                     |                    | Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Doenças participadas no ano transacto   | Nº. de casos        |                    | Nº. de trabalhadores<br>expostos ao risco                 |
| <b>Doença</b>   | <b>Participados</b> | <b>Confirmados</b> |   |
|   |                     |                    |   |
|   |                     |                    |   |
|   |                     |                    |   |
|   |                     |                    |   |

Saúde Ocupacional