**MODELO M1 – RELAÇÃO DE EMPREGADOS**

Empresa: **XXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

Declaramos para os devidos fins, que os empregados relacionados abaixo estão indicados como os trabalhadores designados a desempenhar as atividades de nossa empresa, nas dependências da Celepar e demais áreas sob a sua responsabilidade.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome** | **CPF** | **Cargo/Função** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba, **XX** de **XXXXXX** de 20**XX**.

Atenciosamente,

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Nome do Responsável

Cargo/Função

**MODELO M2 – ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL – ASO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Exame** | |
| ( ) Admissional | ( ) Retorno ao Trabalho |
| ( ) Periódico | ( ) Auxílio Acidente |
| ( ) Demissional | ( ) Auxílio Doença |
| ( ) Mudança de Função | ( ) Licença Maternidade |
| **Em cumprimento à Norma Regulamentadora NR 07, item 7.4.4.** | |
| Sr.(a): | |
| R.G.: | Matrícula: |
| **Foi considerado(a):** | |
| ( ) Apto(a) | ( ) Inapto(a) |
| ( ) Apto(a) com restrição: | |
| Para a função de: | No setor: |
| **Riscos Ocupacionais** | |
| ( ) Físicos: | |
| ( ) Químicos: | |
| ( ) Biológicos: | |
| ( ) Ergonômicos: | |
| ( ) Acidentes: | |
| ( ) Trabalho em Altura ( ) Trabalho em Altura ( ) Espaços Confinados | |
| **Exames Complementares** | |
| \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Exame Clínico | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Glicemia |
| \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Acuidade Visual | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Perfil Lipídico |
| \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Audiometria | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ RX de tórax |
| \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ ECG | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ TGO |
| \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Espirometria | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ TGP |
| \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ GGT | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Videolaringoscopia |
| \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **Médico Encarregado pelo Exame** | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome do Médico  CRM: XXX-XX | |
| Data: \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Empregado |

**MODELO M3 – ORDEM DE SERVIÇO – NR-1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NR-1 – Ordem de Serviço de Saúde e Segurança do Trabalho** | | |
| **Nome do Empregado:** | **Data de Admissão:** | |
| **Cargo:** | **Função:** | |
| **Grau de Senioridade:** | **Setor:** | |
| **Local de Trabalho:** | **Carga Horária:** | |
| **Descrição das Atividades Desenvolvidas** | | |
| **PREENCHER**  De acordo com o contrato de trabalho, CBO, etc. | | |
| **Orientações Gerais** | | |
| **EXEMPLO**   * Manter seu posto de trabalho limpo e organizado; * Não consumir álcool ou qualquer outra substância psicoativa que determine dependência, no local de trabalho e durante a jornada de trabalho, incluindo os horários de refeição; * A ingestão de água potável deve ser feita nos bebedouros de jato inclinado ou nos bebedouros comuns utilizando recipiente individual; * Não correr nas dependências da empresa; * Não fumar nas dependências da empresa; * Não se alimentar (ainda que lanches leves) dentro da empresa, a não ser no local reservado e apropriado para tal; * Paralisar seu serviço sempre que constatar qualquer irregularidade quanto à sua segurança e aos demais colegas de trabalho, comunicando imediatamente a sua chefia imediata; * Utilizar roupas adequadas e/ou uniformes, nas dependências da empresa; * Utilizar os equipamentos e/ou materiais oferecidos pela empresa apenas para a execução do trabalho determinado; * Cumprir as disposições legais e regulamentares sobre Segurança e Saúde do Trabalho, inclusive a presente Ordem de Serviço; utilizar o EPI (quando determinado) fornecido pela empresa; submeter-se aos exames médicos previstos; e colaborar com a empresa na aplicação das Normas Regulamentadoras; * Respeitar a sinalização de isolamento de área e restrição de acesso, nas atividades de manutenção predial e de equipamentos; atividades de limpeza e jardinagem; em áreas de acesso restrito a trabalhos em altura, espaços confinados e com eletricidade; * Use seus EPI apenas para a finalidade a que se destinam e mantenha-os sob sua guarda e conservação; * Antes de entrar no elevador, verificar a presença e nivelamento do mesmo; * Não execute nenhum tipo de tarefa ou exerça atividade para a qual não foi treinado, autorizado e habilitado; * Ao circular pelas escadas e corredores, procure utilizar o lado direito sempre que possível, favorecendo a circulação em ambos os sentidos; * Ao circular pelas escadas, lembrar também de utilizar o corrimão; * A circulação interna de veículos deve respeitar a sinalização vertical e horizontal e a velocidade máxima de 20Km/h; * Respeitar as orientações da brigada de emergência. * Colaborar com a CIPA e SESMT na prevenção de acidentes e doenças do trabalho. | | |
| **Riscos e Avaliação** | | |
| **PREENCHER**  De acordo com o PPRA para a função/atividade | | |
| **Descrição dos EPI's para a Competência do Profissional** | | |
| **PREENCHER**  Preencher de acordo com o PPRA para a função/atividade | | |
| **Descrição dos EPC's para a Competência do Profissional** | | |
| **PREENCHER**  De acordo com o PPRA para a função/atividade | | |
| **Descrição das Capacitações para a Competência do Profissional** | | |
| **PREENCHER**  De acordo com o PPRA para a função/atividade | | |
| **Restrições da Competência do Profissional** | | |
| **EXEMPLO**  Não está autorizado a realizar atividades em instalações elétricas (baixa, média e alta-tensão). Não está autorizado a realizar trabalho em altura, não está autorizado a realizar atividades em espaço confinado. O empregado não está autorizado a conduzir veículos da frota. | | |
| **Procedimentos em Caso de Acidente de Trabalho** | | |
| **EXEMPLO**  Em caso de acidente de trabalho, o empregado, ou o seu representante, deverá comunicar imediatamente ao seu superior, o qual entrará em contato com o SESMT, também de imediato, dando início aos trâmites legais de comunicação por meio de formulários específicos. Após a comunicação formal, deverá ocorrer a investigação do acidente de trabalho, realizada pela equipe da SESMT, com o apoio da CIPA, para a proposição das medidas corretivas necessárias. | | |
| **Responsabilidade da Competência do Profissional** | | |
| **EXEMPLO**  Este procedimento tem a finalidade de descrever a competência e restrições das atividades. Declaro para os devidos fins, que recebi da empresa **XXXXXXX** a determinação do cumprimento da competência e restrições das atividades, outrossim, o não cumprimento das determinações da competência poderá acarretar em penalidades previstas na CLT. O profissional tem o seu direito de recusa de serviço assegurado, quando constatarem evidências de riscos graves e iminentes para sua segurança e saúde ou a de outras pessoas, comunicando imediatamente o fato a seu superior hierárquico, que diligenciará as medidas cabíveis. | | |
| **Local, Data e Assinatura** | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Empregado |

**MODELO M4 – ANÁLISE PRELIMINAR DE RISCOS – APR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informações Iniciais** | | | | | | | | | | |
| **Data Prevista para a Atividade:** | | | | | | | | | | |
| **Nome da Atividade:** | | | | | | | | | | |
| **Nome do Responsável (Empresa Prestadora Terceirizada):** | | | | | | | | | | |
| **Nome do Responsável pela Liberação do Serviço (Celepar):** | | | | | | | | | | |
| **Descrição da Atividade** | | | | | | | | | | |
| **PREENCHER**  Breve descrição da atividade que será realizada na/para a Celepar. | | | | | | | | | | |
| **Antecipação, Reconhecimento, Avaliação e Medidas de Controle dos Riscos** | | | | | | | | | | |
| **Sequência das Etapas** | | **Risco / Perigo (Agente Causador)** | | | **Dano** | | **Medidas de Controle** | | | **Imagem** |
|  | |  | | |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | |  |
| **Assinaturas** | | | | | | | | | | |
| Responsável pela Demanda (Celepar):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome:  Matrícula: | | | Responsável pela Execução (Prestador):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome:  Matrícula: | | | | | Responsável SESMT (Celepar):  Nome:  Matrícula: | | |
| **Participantes da Elaboração da APR e na Execução da Atividade** | | | | | | | | | | |
| **Nome** | **CPF / Matrícula** | | | **Função** | | **Empresa** | | | **Visto** | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |

**MODELO M5 – MÁQUINAS, EQUIPAMENTOS E FERRAMENTAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informações Iniciais** | |
| **Data Prevista para a Atividade:** | |
| **Nome da Atividade:** | |
| **Nome do Responsável (Empresa Prestadora Terceirizada):** | |
| **Nome do Responsável pela Liberação do Serviço (Celepar):** | |
| **Em Caso de Previsão de Utilização de Máquinas, Equipamentos e Ferramentas** | |
| **Descrição do Item** | **Quantidade** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Em Caso de Não Utilização de Máquinas, Equipamentos e Ferramentas** | |
| **( ) Não serão utilizadas máquinas, equipamentos e ferramentas nas atividades prestadas à Celepar.** | |

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba, **XX** de **XXXXXX** de 20**XX**.

Atenciosamente,

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Nome do Responsável

Cargo/Função

**MODELO M6 – CONTATOS DE EMERGÊNCIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informações de Contato em Caso de Emergência** | | |
| **Data Prevista para a Atividade:** | | |
| **Nome da Atividade:** | | |
| **Nome do Responsável (Empresa Prestadora Terceirizada):** | | |
| **Nome do Responsável pela Liberação do Serviço (Celepar):** | | |
| **Informações de Contato de Cada um dos Empregados da Prestadora de Serviços Terceirizada** | | |
| **Nome do Empregado** | **Nome do Contato e Parentesco** | **Telefone do Contato** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Em caso de acidentes de trabalho, ou emergências médicas, que ocorrerem nas dependências da Celepar, o atendimento inicial poderá ser dado pela Brigada de Incêndio da Celepar e/ou SESMT e/ou CIPA e, em havendo a necessidade, a Celepar dispõe de Atendimento Médico de Emergência para seus Empregados e Terceiros**  **Prestador de Atendimento Médico de Emergência atual da Celepar: Plus Santé - (41) 3342-2525**  **Telefones Adicionais de Emergência: SIATE – Casos de Traumas – 193 / SAMU – Casos Clínicos – 192** | | |
| **Caso o Prestador de Serviços Terceirizado possua Plano de Saúde Privado, declaro que em situações de emergências, os seus empregados poderão ser enviados ao seguinte local de atendimento:**  **Nome do Hospital / Clínica de Atendimento:**  **Telefone:** | | |

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba, **XX** de **XXXXXX** de 20**XX**.

Atenciosamente,

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Nome do Responsável

Cargo/Função

**MODELO M7 – EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL – EPI**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ficha de Recebimento de Equipamentos de Proteção Individual – EPI** | | | | | | |
| **Nome do Empregado:** | | | | | | |
| **Local de Trabalho:** | | | | | | |
| **Função:** | | | | | | |
| **Setor:** | | | | | | |
| **Matrícula:** | | | | | | |
| **Termo de Ciência e Responsabilidade** | | | | | | |
| Declaro estar ciente da necessidade e obrigatoriedade de utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), abaixo relacionados, tendo sido orientado e treinado quanto ao modo de usá-los e como prevenir acidentes e doenças ocupacionais. Outrossim, declaro que assumo a responsabilidade pela guarda e conservação destes EPI's e materiais recebidos, como também comunicarei a Empresa sobre qualquer alteração que o torne impróprio para uso, a fim de substituí-lo. | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Empregado | | |
| **Descrição** | **C.A.** | **Data de Recebimento** | **Visto do Empregado** | | **Data da Devolução** | **Visto**  **SESMT** |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |

**MODELO M8 – SESMT – PRÓPRIO OU CONSULTORIA, E DESIGNADO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informações Iniciais** | | | | | | | | | | |
| **Nome Empresarial:** | | | | | **Nome Fantasia:** | | | | | |
| **CNPJ:** | | | | | **Porte da Empresa:** | | | | | |
| **Número Total de Empregados:** | | | | | **Número de Empregados na Celepar:** | | | | | |
| **Código e Descrição da Atividade Econômica Principal – CNAE:** | | | | | | | | | | |
| **Grau de Risco das Atividades conforme Quadro I da NR-4:** | | | | | | | | | | |
| **( ) Se enquadra e possui SESMT próprio** | | | | | **( ) Não se enquadra e possui SESMT por consultoria** | | | | | |
| **No caso de SESMT Próprio: Identificar Abaixo o Dimensionamento do SESMT da Empresa (Quadro II da NR-4)** | | | | | | | | | | |
| **Grau de Risco** | **Nº de empregados no estabelecimento** | **50 a 100** | **101 a 250** | **251 a 500** | | **501 a 1.000** | **1.001 a 2.000** | **2.001 a 3.500** | **3.501 a 5.000** | **Acima de 5.000**  **Para cada grupo de 4.000 ou fração acima 2.000 \*\*** |
| **Técnicos** |
| **1** | Técnico Seg. do Trabalho  Engenheiro de Seg. do Trabalho  Aux. Enfermagem do Trabalho  Enfermeiro do Trabalho  Médico do Trabalho |  |  |  | | 1 | 1  1\* | 1  1\*  1  1\* | 2  1  1  1\*  1 | 1  1\*  1  1\* |
| **2** | Técnico Seg. do Trabalho  Engenheiro de Seg. do Trabalho  Aux. Enfermagem do Trabalho  Enfermeiro do Trabalho  Médico do Trabalho |  |  |  | | 1 | 1  1\*  1  1\* | 2  1  1  1 | 5  1  1  1  1 | 1  1\*  1  1 |
| **3** | Técnico Seg. do Trabalho  Engenheiro de Seg. do Trabalho  Aux. Enfermagem do Trabalho  Enfermeiro do Trabalho  Médico do Trabalho |  | 1 | 2 | | 3  1\*  1\* | 4  1  1  1 | 6  1  2  1 | 8  2  1  1  2 | 3  1  1  1 |
| **4** | Técnico Seg. do Trabalho  Engenheiro de Seg. do Trabalho  Aux. Enfermagem do Trabalho  Enfermeiro do Trabalho  Médico do Trabalho | 1 | 2  1\*  1\* | 3  1\*  1\* | | 4  1  1  1 | 5  1  1  1 | 8  2  2  2 | 10  3  1  1  3 | 3  1  1  1 |
| **(\*) Tempo parcial (mínimo de três horas)**  **(\*\*) O dimensionamento total deverá ser feito levando-se em consideração o dimensionamento de faixas de 3501 a 5000 mais o dimensionamento do(s) grupo(s) de 4000 ou fração acima de 2000.** | | | | | **OBS: Hospitais, Ambulatórios, Maternidade, Casas de Saúde e Repouso, Clínicas e estabelecimentos similares com mais de 500 (quinhentos) empregados deverão contratar um Enfermeiro em tempo integral.** | | | | | |
| **No caso de SESMT por Consultoria: Identificar o Contato da Consultoria de SST** | | | | | | | | | | |
| **Empresa de Consultoria de SST e Contato:** | | | | | | | | | | |
| **Nome do Profissional que Chefia o SESMT ou Designado para Assuntos de SST da Empresa:** | | | | | | | | | | |

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba, **XX** de **XXXXXX** de 20**XX**.

Atenciosamente,

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Nome do Responsável

Cargo/Função

**MODELO M9 – CIPA – PRÓPRIA E DESIGNADO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Informações Iniciais** | |
| **Nome Empresarial:** | **Nome Fantasia:** |
| **CNPJ:** | **Porte da Empresa:** |
| **Número Total de Empregados:** | **Número de Empregados na Celepar:** |
| **Código e Descrição da Atividade Econômica Principal:** | |
| **Grupo em que a Empresa se Enquadra (Quadros II e III da NR-5):** | |
| **De acordo com o Enquadramento no Quadro I da NR-5, a Empresa:** | |
| **( ) Se enquadra e possui CIPA própria** | **( ) Não se enquadra e possui um designado** |
| **Nome do Cipeiro ou Designado da Empresa para Integração com a CIPA da Celepar:** | |
| **Notas:**   * Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho; * Sempre que duas ou mais empresas atuarem em um mesmo estabelecimento, a CIPA ou designado da empresa contratante deverá, em conjunto com as das contratadas ou com os designados, definir mecanismos de integração e de participação de todos os trabalhadores em relação às decisões das CIPA existentes no estabelecimento; * A contratante e as contratadas, que atuem num mesmo estabelecimento, deverão implementar, de forma integrada, medidas de prevenção de acidentes e doenças do trabalho, decorrentes da NR-5, de forma a garantir o mesmo nível de proteção em matéria de segurança e saúde a todos os trabalhadores do estabelecimento; * A empresa contratante adotará medidas necessárias para que as empresas contratadas, suas CIPA, os designados e os demais trabalhadores lotados naquele estabelecimento recebam as informações sobre os riscos presentes nos ambientes de trabalho, bem como sobre as medidas de proteção adequadas; * A empresa contratante adotará as providências necessárias para acompanhar o cumprimento pelas empresas contratadas que atuam no seu estabelecimento, das medidas de segurança e saúde no trabalho. | |

Por ser a expressão da verdade, declaramos a concordância com a presente declaração.

Curitiba, **XX** de **XXXXXX** de 20**XX**.

Atenciosamente,

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Nome do Responsável

Cargo/Função

**MODELO M10 – PRONTUÁRIO DAS INSTALAÇÕES ELÉTRICAS – PIE**

|  |
| --- |
| **Informações Gerais** |
| **Nome Empresarial:** |
| **CNPJ:** |
| **Código e Descrição da Atividade Econômica Principal:** |
| **Data Prevista para a Atividade:** |
| **Nome da Atividade:** |
| **Nome do Responsável (Empresa Prestadora Terceirizada):** |
| **Nome do Responsável pela Liberação do Serviço (Celepar):** |
| **Declaração** |
| Declaro para devidos fins que:   * Tenho pleno conhecimento de que é responsabilidade dos contratantes manter os trabalhadores informados sobre os riscos a que estão expostos, instruindo-os quanto aos procedimentos e medidas de controle contra os riscos elétricos a serem adotados; * Que documentação prevista na NR-10 deverá estar permanentemente à disposição dos trabalhadores que atuam em serviços e instalações elétricas, respeitadas as abrangências, limitações e interferências nas tarefas; * Que deve-se orientar os trabalhadores que estes devem zelar pela sua segurança e saúde e a de outras pessoas que possam ser afetadas por suas ações ou omissões no trabalho, responsabilizar-se junto com a empresa pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares, inclusive quanto aos procedimentos internos de segurança e saúde e comunicar, de imediato, ao responsável pela execução do serviço as situações que considerar de risco para sua segurança e saúde e a de outras pessoas. * Finalmente, declaro também que, a empresa indicada nesta declaração, recebeu todas as documentações e informações da Celepar para a realização das atividades previstas, em especial o **Prontuário das Instalações Elétricas (PIE), da Celepar**, contendo dentre outros, os projetos, laudos de instalações, aterramento e seletividade. |

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba, **XX** de **XXXXXX** de 20**XX**.

Atenciosamente,

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Nome do Responsável

Cargo/Função

**MODELO M11 – ORDEM DE SERVIÇO ESPECÍFICA – ELETRICIDADE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NR-10 – Ordem de Serviço Específica para Trabalhos com Eletricidade** | |
| **Data Prevista para a Atividade:** | |
| **Nome da Atividade:** | |
| **Nome do Responsável (Empresa Prestadora Terceirizada):** | |
| **Nome do Responsável pela Liberação do Serviço (Celepar):** | |
| **Descrição das Atividades a Serem Desenvolvidas** | |
| **PREENCHER**  De acordo com a demanda. | |
| **Medidas de Controle e Procedimentos a Serem Adotados** | |
| **PREENCHER**  De acordo com a demanda. | |
| **Empregados Autorizados com Previsão de Participação nas Atividades** | |
| **Nome dos Empregados** | **Cargo / Função** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Assinaturas** | |
| Responsável pela Demanda (Celepar):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome:  Matrícula ou RG: | Responsável pela Execução (Prestador):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome:  Matrícula ou RG: |

**MODELO M12 – AUTORIZAÇÃO PARA TRABALHOS EM ELETRICIDADE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NR-10 – Autorização para Trabalhos em Eletricidade** | | | |
| **Nome Empresarial:** | | **CNPJ:** | |
| **Nome do Empregado:** | | **Cargo / Função:** | |
| **Admissão:** | | **Data:** | |
| **Qualificação** | | | |
| ( ) Conclusão comprovada de curso específico na área elétrica reconhecido pelo Sistema Oficial de Ensino. | | | |
| **Habilitação** | | | |
| ( ) Trabalhador previamente qualificado e com registro no competente conselho de classe (CREA - Conselho Regional Engenharia, Arquitetura e Agronomia). | | | |
| **Capacitação** | | | |
| Atende às seguintes condições, simultaneamente:  ( ) Recebeu capacitação sob orientação e responsabilidade de profissional habilitado e autorizado; e  ( ) Trabalha sob a responsabilidade de profissional habilitado e autorizado. | | | |
| **Abrangência da Autorização** | | | |
| ( ) Sistema desenergizado.  ( ) Sistema energizado – Baixa Tensão (BT) – Tensão superior a 50 volts em corrente alternada ou 120 volts em corrente contínua e igual ou inferior a 1000 volts em corrente alternada ou 1500 volts em corrente contínua, entre fases ou entre fase e terra.  ( ) Sistema energizado – Alta Tensão (AT) – Tensão superior a 1000 volts em corrente alternada ou 1500 volts em corrente contínua, entre fases ou entre fase e terra.  ( ) Sistema energizado em área classificada. | | | |
| **Nota:**   * A validade desta autorização está condicionada a validade do treinamento de Segurança em Instalações e Serviços com Eletricidade (NR-10) e quando envolver atividades com alta tensão o treinamento de Sistema Elétrico de Potência (SEP). * Esta autorização perde a validade em caso de vencimento do requisito de treinamento de Segurança em Instalações e Serviços com Eletricidade (NR-10), troca de função, mudança de empresa, retorno de afastamento ou inatividade por período superior a três meses ou modificações significativas nas instalações elétricas ou troca de métodos, processos e organização do trabalho. | | | |
| **Assinaturas** | | | |
| Empregado (Prestador):  Nome:  Matrícula ou RG: | Profissional Habilitado (Prestador):  Nome:  Matrícula ou RG: | | Responsável Legal (Prestador):  Nome:  Matrícula ou RG: |

**MODELO M13 – MÁQUINA E/OU EQUIPAMENTO**

Empresa: **XXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

Declaramos para os devidos fins, que o fornecimento (venda ou locação) da máquina e/ou equipamento, será cumprido com a previsão dos itens descritos abaixo:

* **Cumprimento, em sua totalidade e de acordo com a aplicabilidade de cada item, da NR-12** (Itens 12.1 Princípios gerais; 12.2 Arranjo físico e instalações; 12.3 Instalações e dispositivos elétricos; 12.4 Dispositivos de partida, acionamento e parada; 12.5 Sistemas de segurança; 12.6 Dispositivos de parada de emergência; 12.7 Componentes pressurizados; 12.8 Transportadores de materiais; 12.9 Aspectos ergonômicos; 12.10 Riscos adicionais; 12.11 Manutenção, inspeção, preparação, ajuste, reparo e limpeza; 12.12 Sinalização; 12.13 Manuais; 12.14 Procedimentos de trabalho e segurança; 12.15 Projeto, fabricação, importação, venda, locação, leilão, cessão a qualquer título e exposição; 12.16 Capacitação; 12.17 Outros requisitos específicos de segurança; e 12.18 Disposições finais);
* **Elaborar Laudo Técnico de Conformidade da Máquina(s) e/ou Equipamento(s) à NR-12**, contemplando os requisitos de: identificação das máquinas e/ou equipamentos, avaliação das máquinas e/ou equipamentos, avaliação dos riscos, quantificação dos riscos, definição da categoria de riscos conforme a NBR 14153:2013 – Segurança de Máquinas, determinação do grau de risco do equipamento; localização em planta baixa e matriz de priorização de implementação de medidas complementares capazes de resguardar a saúde e a integridade física dos trabalhadores;
* **Emissão de Anotação de Responsabilidade Técnica – ART**, expedida por Engenheiro de Segurança do Trabalho com formação em Engenharia Mecânica ou similar, para o Laudo Técnico de Conformidade da Máquina e/ou Equipamento à NR-12, conforme item anterior; e
* **Realizar treinamento de capacitação dos trabalhadores**, envolvidos na operação, manutenção, inspeção e demais intervenções em máquinas e equipamentos, compatível com suas funções, que aborde os riscos a que estão expostos e as medidas de proteção existentes e necessárias, nos termos da NR-12 O treinamento deverá ocorrer antes que o trabalhador assuma a sua função, sem ônus para o empregado e durante a jornada de trabalho, ter carga horária mínima apropriada, conteúdo programático conforme o estabelecido no Anexo II da NR-12 e ser ministrado por trabalhadores ou profissionais qualificados para este fim, com supervisão de profissional legalmente habilitado que se responsabilizará pela adequação do conteúdo, forma, carga horária, qualificação dos instrutores e avaliação dos capacitados. O material didático escrito ou audiovisual utilizado no treinamento, fornecido aos participantes, deve ser produzido em linguagem adequada aos trabalhadores. Providenciar lista de presença dos participantes e certificado contendo o nome e assinatura do trabalhador, conteúdo programático, carga horária, data, local de realização do treinamento, nome e qualificação dos instrutores e assinatura do responsável técnico do treinamento. Também deverá ser apresentado o currículo dos ministrantes e a avaliação dos capacitados. Caso exista contrato de manutenção das máquinas e equipamentos com a empresa fornecedora, deverá ser realizada capacitação para reciclagem do trabalhador anualmente e sempre que ocorrerem modificações significativas nas instalações e na operação de máquinas ou troca de métodos, processos e organização do trabalho, que impliquem em novos riscos.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

Curitiba, **XX** de **XXXXXX** de 20**XX**.

Atenciosamente,

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Nome do Responsável

Cargo/Função

**TERMO DE CIÊNCIA E ACEITAÇÃO DO MANUAL DE SAÚDE E SEGURANÇA PARA PRESTADORES DE SERVIÇOS**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, responsável pela empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que na data de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, efetuei a leitura e tomei conhecimento da Manual de Saúde e Segurança para Prestador de Serviços e da Norma de Saúde e Segurança do Trabalho para Prestadores de Serviço da Companhia de Tecnologia da Informação e Comunicação do Paraná - Celepar, bem como repassarei as informações constantes no manual a todos os funcionários que prestarão serviços.

Por meio deste, declaro para todos os fins, que a empresa acima mencionada e todos os seus funcionários e prepostos estão cientes e concordam com o conteúdo previsto nestes instrumentos e na legislação vigente, se obrigando a respeitar todas as exigências ali previstas, arcando a empresa exclusivamente com os danos e prejuízos causados pelo eventual descumprimento de tais exigências.

Sem mais,

Curitiba/PR \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL