Anexos

Anexo I: Modelo de auditoria em fornecedor

Fornecedor/Prestador de Serviço:	Telefone:
Produto:	e-mail:
Endereço:	
Cidade:	Estado:
Responsável pelo preenchimento:	

SISTEMA DE GESTÃO DO FORNECEDOR
A empresa possui certificação do seu sistema ( ) ISO 9001 (enviar cópia) ( ) ISO 14001 (enviar cópia)

ASPECTOS AMBIENTAIS			
ITEM	DESCRITIVO	SITUAÇÃO	OBSERVAÇÃO
1	A empresa possui uma Política Ambiental definida? ENVIAR EVIDÊNCIA		
2	Existem objetivos/metas e programas ambientais? ENVIAR EVIDÊNCIA		
3	A empresa possui Cadastro Técnico Federal (CTF) ativo e regular junto ao IBAMA? ENVIAR EVIDÊNCIA		
4	Possui Licença de Operação emitida por órgão ambiental? ENVIAR EVIDÊNCIA		
5	Possui Alvará de funcionamento ou Certificado de Licenciamento Integrado (CLI)? ENVIAR EVIDÊNCIA		
6	Possui autorização da Vigilância Sanitária? ENVIAR EVIDÊNCIA		
7	Possui Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB)? ENVIAR EVIDÊNCIA		
8	Possui Laudo de ruído? ENVIAR EVIDÊNCIA		
9	Possui Sistema de Proteção contra Descargas Atmosféricas (SPDA)? ENVIAR EVIDÊNCIA		
10	Os materiais armazenados estão identificados?		
11	São realizados monitoramentos e medições das atividades da empresa que possam ter impactos sobre o meio ambiente?		
12	Possui sistemática para controle de resíduos sólidos (lixeiras de coletas seletivas)?		

13	Possuem Certificado de Movimentação de Resíduos de Interesse Ambiental (CADRI) para destinação de resíduos perigosos?		
14	O armazenamento de resíduos está adequado?		
15	Controlam o descarte de resíduos, desde a saída do local gerador até o destino?		
16	Possui sistemática para controle das emissões atmosféricas		
17	As emissões atmosféricas são tratadas (sistema de exaustão/fumaça preta)?		
18	Os efluentes líquidos gerados são monitorados?		
19	Os efluentes líquidos gerados são tratados (ETE)?		
	TOTAL		

ASPECTOS SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL			
ITEM	DESCRITIVO	SITUAÇÃO	OBSERVAÇÃO
20	A empresa possui PGR? Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (NR -9)? ENVIAR EVIDÊNCIA		
21	A empresa possui PCMSO? (Programa de Controle Médico em Saúde Ocupacional) ENVIAR EVIDÊNCIA		
22	Possui CIPA para cumprimento da Norma Regulamentadora - NR - 05? ENVIAR EVIDÊNCIA		
23	Realiza os exames médicos previstos conforme NR 07 (admissional, periódico, de retorno o ao trabalho, de mudança de função, admissional)? ENVIAR EVIDÊNCIA		
24	Os funcionários possuem ASO - Atestado de Saúde Ocupacional?		
25	A empresa mantém treinamentos periódicos de segurança e saúde ocupacional?		
26	Possuem ficha individual de entrega de EPI para cumprimento da NR 06?		
27	Os uniformes atendem as condições de Segurança?		
28	Usam EPIs necessários?		
	TOTAL		

PARA DESTINADORES FINAIS			
29	Os procedimentos de processamento/movimentação dos resíduos são documentados?		
30	Os funcionários recebem treinamento sobre o correto manuseio dos resíduos?		
31	Os registros permitem rastreabilidade do produto/Destinação do resíduo?		
32	Caso receba resíduo em desacordo com contratado, possui procedimento de correção?		
33	Mantem documentado os Certificados enviados e recebidos?		
34	Fornece anualmente as informações aos órgãos ambientais competentes (CETESB e IBAMA)?		
35	É mantido um procedimento para tratar reclamações de clientes? As mesmas são registradas, examinadas e ações corretivas são tomadas quando aplicável, para prevenir sua repetição?		
36	São aplicados periodicamente treinamentos e/ou instruções que capacitem os colaboradores à melhoria contínua do produto e/o serviços?		
37	Permite a rastreabilidade dos resíduos enviados pela empresa?		
38	Há sistemática de envio periódico de Certificado de Destinação Final?		
	TOTAL		
ASPECTOS GERAIS			
39	Existe preparação e resposta à emergência?		
40	Existe sistemática para treinamento e conscientização dos funcionários em relação ao Meio Ambiente?		
41	Existe seguro das instalações industriais? ENVIAR EVIDÊNCIA		
42	A empresa autoriza visita às suas instalações?		
	TOTAL		
TRANSPOTADORAS			
43	Possui registro na ANTT? ENVIAR		
44	Possui autorização para transporte de produtos perigosos? ENVIAR		
45	Possui CIV e CIPP? ENVIAR		

46	Os Motoristas possuem curso MOPP? ENVIAR EVIDÊNCIA		
47	Há seguro de transporte? ENVIAR		
48	Os veículos possuem Plano de Manutenção? São registradas as manutenções realizadas? ENVIAR EVIDÊNCIA		

Anexo II: Checklist de inspeção – Gerenciamento de Resíduos

Unidade		Responsável	
Data		Setor Avaliado	

Item	**Sim**	**Não**	**NA**	**Observações**
Lixeiras identificadas corretamente				
Segregação correta dos resíduos				
Sacos adequados ao grupo do resíduo				
Sacos sem excesso de volume				
Coletores íntegros				
Caixa perfurocortante abaixo do limite				
Coletores com tampa				
Sinalização presente				
Abrigo limpo e organizado				
Ausência de resíduos no piso				
Colaboradores utilizando EPI				
POP disponível				
Conclusão				

Plano de Ação

Descrição da não Conformidade	Responsável	Prazo

Anexo III: Modelo de Ata do Comitê de Gestão de Resíduos

ATA Nº:	
Data:	
Horário:	
Participantes:	
Pauta:	
Assuntos discutidos:	
Ações a serem realizadas:	

Plano de Ação

Descrição	Responsável	Prazo

Local, ____ de _____ de 20XX.

Assinatura Presidente

Assinatura Secretário

Anexo IV: Formulário de Registro de Desvio Operacional

Data: ____/____/_____

Setor: _____

Tipo:

( ) Segregação incorreta

( ) Vazamento

( ) Rompimento de saco

( ) Perfurocortante

( ) Armazenamento inadequado

( ) Outro _____

Descrição:	
Causa:	
Ação imediata:	
Plano preventivo:	

Responsável: _____