|  |  |
| --- | --- |
| Brasão República | **MINISTÉRIO DA ECONOMIA**  **Secretaria Especial de Previdência e Trabalho**  **Secretaria do Trabalho**  **Subsecretaria de Inspeção do Trabalho**  **Coordenação-Geral de Segurança e Saúde no Trabalho** |

**INFORMAÇÃO DE SERVIÇO ÚNICO DE ENGENHARIA E MEDICINA COM SUBMISSÃO DE PROGRAMA BIENAL DE SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO (NR4)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME DA EMPRESA: | | | |
| CNPJ: | | CNAE: | |
| ENDEREÇO: | | | |
| CEP: | | TELEFONE: | |
| GRAU DE RISCO: | Nº DE EMPREGADOS: | | HORÁRIO DE TRABALHO DA EMPRESA: |

Profissionais que compõem o SESMT Único:

|  |  |
| --- | --- |
| NOME: | CPF: |
| FUNÇÃO: | HORÁRIO DE TRABALHO: |
|  |  |
| NOME: | CPF: |
| FUNÇÃO: | HORÁRIO DE TRABALHO: |
|  |  |
| NOME: | CPF: |
| FUNÇÃO: | HORÁRIO DE TRABALHO: |
|  |  |
| NOME: | CPF: | |
| FUNÇÃO: | HORÁRIO DE TRABALHO: | |
|  |  | |
| NOME: | CPF: | |
| FUNÇÃO: | HORÁRIO DE TRABALHO: | |
|  |  | |

|  |
| --- |
| Anexar complementarmente:   * Programa Bienal de Segurança e Medicina do Trabalho, nos termos da NR4. |

|  |
| --- |
| Local e Data:  Nome completo do empregador ou preposto responsável pelas informações: |