

**Permissão para Trabalho**

|  |
| --- |
| Empresa       |
| Local da Atividade        | Revisão 003 – Março/2019 |
| Trabalho a ser executado       | APR emitida em       |
| **Início da Atividade**  | **Término da Atividade** |
| Data:        | Horário:       | Data:        | Horário:      |
| **Tipo de serviço** |
| [ ]  Trabalho com eletricidade  | [ ]  Trabalho em espaço confinado  | [ ]        |
| [ ]  Trabalho em altura  | [ ]  Movimento de Carga  | [ ]        |
| **Trabalho com eletricidade** |
| [ ]  Plano de trabalho de Plano de trabalho e APR verificados  | [ ]  Veto ao uso adornos | [ ]        |
| [ ]  EPIs adequados a atividade | [ ]  Isolamento e Sinalização da área | [ ]        |
| [ ]  Vestimenta adequada a atividade | [ ]  Desorganização da Elétrica | [ ]        |
| [ ]  Os trabalhos são Capacitados/ Qualificados/ Habilitados  | [ ]        | [ ]        |
| Atividade Liberada: [ ]  Sim [ ]  Não  |
| Observações:       |
| **Trabalho em altura**  |
| [ ]  Plano de trabalho e APR verificado  | [ ]  Condições climáticas favoráveis | [ ]  Trabalhadores capacitados – NR35  |
| [ ]  ASO para trabalho em altura  | [ ]  Isolamento e Sinalização da área  | [ ]  Trabalho realizados sob supervisão  |
| [ ]  Trabalhadores possuem treinamentos necessários para operar equipamentos  | [ ]  EPIs compatíveis e verificados de acordo com peso e altura do trabalhador  | [ ]  Verificação dos pontos de ancoragem  |
| [ ]  Inspeção periódica do sistema de ancoragem vigente  | [ ]  Equipamentos para trabalho em altura adequados (escada, andaime, cadeirinha, PTA dentre outros)  | [ ]  Liberação da Medicina do Trabalho  |
| Atividade Liberada: [ ]  Sim [ ]  Não  |
| Observações:       |
| **Trabalho em espaço confinado**  |
| [ ]  Plano de trabalho e APR verificados | [ ]  Condições atmosféricas válidas  | [ ]  Plano de resgate estabelecido  |
| [ ]  ASO para trabalho em espeço confinado  | [ ]  Isolamento e Sinalização da área  | [ ]  Liberação da Medicina do Trabalho  |
| [ ]  Trabalhadores capacitados - NR 33  | [ ]  Trabalho realizados sob supervisão  | [ ]  EPIs compatíveis e verificados de acordo com a atividade  |
| [ ]  Equipamentos e acessórios compatíveis com a atividade e verificados  | [ ]        | [ ]        |
| **Verificação das condições atmosféricas do espaço confinado**  |
| **Procedimento que devem se completados antes da entrada** | **Testes após ventilação da Atmosfera e Isolamento**  |
| Isolado: [ ]  Sim [ ]  Não  | Horário:       :        |
| **Teste inicial da Atmosfera**  | **Teste após ventilação da Atmosfera**  |
| Horário:       :        | Horário:       :        |
| Oxigênio       %O2 | Vapores Tóxicos       ppm | Oxigênio %02 > 19,5 % ou < 23,0 % | Vapores Tóxicos       ppm  |
| Inflamáveis       %LIE | Poeiras/ Fumos       mg/m3 | Inflamáveis % LIE<10 % | Poeiras/ Fumos       mg/m3 |
| Gases       ppm | Névoas Tóxicas       ppm | Gases       ppm | Névoas Tóxicas       mg/m3 |
| Supervisor dos Testes (Nome e assinatura): | Supervisor dos Testes (Nome e assinatura): |
| Atividade Liberada: [ ]  Sim [ ]  Não  |
| E\_3259 – 04.11.2019 |
|  |
| Observações:       |
| **Movimento de Carga**  |
| [ ]  Plano de trabalho e APR verificados  | [ ]  Certificados de qualidade  | [ ]  Sistema de comunicação  |
| [ ]  Plano de rigging em ART  | [ ]  Isolamento e Sinalização da área  | [ ]        |
| [ ]  Inspeção de cabos de aço, cordas, correntes, roldanas e ganchos dentre outros  | [ ]        | [ ]        |
| Atividade Liberada: [ ]  Sim [ ]  Não |  |  |
| Observações:       |
| **Procedimento a serem adotados em caso de acidentes – Espaço Confinado**  |
| Telefones: [ ]  SAMU 192  | [ ]  Bombeiro 193 | [ ]  Outros |
| **Procedimentos a serem adotados em caso de acidentes com vítima inconsciente ou sem condições de se locomover até o P.A** |
| [ ]  Ramal de Emergência – 333  |  |  |
| **Observações/ Recomendações (Informações Adicionais)**  |
|       |
| **Colaborador(es) avaliado(s) pela área da Medicina do Trabalho**  |
| Liberados pra atividade Sim (S), Não (N), Ausente (A) | Seg. | Ter. | Quar. | Quin. | Sex. | Sáb. | Dom. |
| Nome:       | Peso:       | Ass:  |   |   |   |   |   |   |  |
| Nome:       | Peso:       | Ass:  |   |   |   |   |   |   |  |
| Nome:       | Peso:       | Ass:  |   |   |   |   |   |   |  |
| Nome:       | Peso:       | Ass:  |   |   |   |   |   |   |  |
| Nome:       | Peso:       | Ass:  |   |   |   |   |   |   |  |
| Nome:       | Peso:       | Ass:  |   |   |   |   |   |   |  |
| Nome:       | Peso:       | Ass:  |   |   |   |   |   |   |  |
| Nome:       | Peso:       | Ass:  |   |   |   |   |   |   |  |
| Nome:       | Peso:       | Ass:  |   |   |   |   |   |   |  |
| Nome:       | Peso:       | Ass:  |   |   |   |   |   |   |  |
| **Colaborador(es) liberado(s) para atividade sem necessidade de avaliação da área de Medicina do Trabalho**  |
| Nome:        | Ass: |
| Nome:        | Ass: |
| Nome:        | Ass: |
| Nome:        | Ass: |
| Nome:        | Ass: |
| Nome:        | Ass: |
| Nome:        | Ass: |
| **Verificação de Assinaturas** |
| Segunda-feira | Terça-feira | Quarta-feira | Quinta-feira | Sexta-feira | Sábado | Domingo |
| Nome/Assinatura | Nome/Assinatura | Nome/Assinatura | Nome/Assinatura | Nome/Assinatura | Nome/Assinatura | Nome/Assinatura |
| **Validações diárias – Segurança do Trabalho**  |
| Segunda-feira | Terça-feira | Quarta-feira | Quinta-feira | Sexta-feira | Sábado | Domingo |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Nome/Assinatura | Nome/Assinatura | Nome/Assinatura | Nome/Assinatura | Nome/Assinatura | Nome/Assinatura | Nome/Assinatura |
| Supervisor da Atividade (altura/espaço confinado)  | Responsável pela liberação da atividade | Responsável pela atividade (empresa) | Responsável pela implantação das medidas de controle |
|  |  |  |  |
| Nome/Assinatura | Nome/Assinatura | Nome/Assinatura | Nome/Assinatura |
| Observações:       |