

**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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |