

ANÁLISE DE RISCO DO TRABALHO

Fábrica: _____ Setor: _____ Máquina ou Local: _____ Solicitante do serviço: _____

Escopo: _____

Classificação das Fontes Potencias de Riscos

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Isolamento / Sinalização de área. | <input type="checkbox"/> 2. Controle de riscos de incêndio / explosão | <input type="checkbox"/> 3. Controle de Fontes de Energia. | <input type="checkbox"/> 4. Ferramentas Manuais, Elétricas e Pneumáticas. |
| <input type="checkbox"/> 5. Produtos Químicos diversos | <input type="checkbox"/> 6. Carga Suspensa | <input type="checkbox"/> 7. 5S / Housekeeping | <input type="checkbox"/> 8. Geração de resíduos e impactos ambientais |
| <input type="checkbox"/> 9. Trabalho com escadas | <input type="checkbox"/> 10. Andaimos | | |

Medidas de Controle a serem adotadas

Verifique se as medidas de controle abaixo adotadas de acordo com a classificação das fontes potencias de riscos indicadas abaixo. Obs. Se for identificado como "NÃO", qualquer dos itens relacionados a seguir, o trabalho não poderá ser realizado enquanto não forem estabelecidos as medidas preventivas para evitar a ocorrência de qualquer tipo de incidente.

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| S | N | NA | 1- Isolamento / Sinalização de área. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1- O Área a ser isolado foi definida pelo Supervisor da Área? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2- A área está devidamente isolada com correntes, fitas e sinalização |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3- Caso haja interferência no trafego de maquinas e pessoas os responsáveis foram avisados? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4- Outros? _____ |
| S | N | NA | 2. Controle de riscos e incêndio e explosão (Solda, Maçarico, Lixadeira, ETC.). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1- Os funcionário utilizam isqueiro de pedra para acendimento do maçarico? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2- O conjunto oxiacetilênico e maçarico está em boas condições (Cabos, mangueiras, válvulas de segurança, alicate e jacaré)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3- As mangueiras dos conjuntos de oxiacetileno possui válvulas de retrocesso de chama (reguladora pressão e caneta)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4- Os leitos de cabos elétricos, equipamentos, maquinas estão protegidos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5- A frente de trabalho possui extintor de incêndio próximo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6- O local foi isolado para impedir a passagem de pessoas estranhas ao serviços? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7- Foi instalado proteção tipo tapume contra radiação e projeção de particulas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8- O soldador está Utilizando EPI'S (Mascara de Solda, Blusão, Luva, Perneiras de Raspa? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8- O Ajudante está Utilizando EPI'S (Óculos de Segurança, Avental, Luva, Perneiras de Raspa? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10- Foi retirado todo material combustível envolto do local da solda, lixamento ou corte? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11- Foi retirado materiais inflamáveis/combustíveis (Solventes, Borracha, Pó) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12- O Operador de Lixadeira está com protetor facial, avental, mangote, perneira e luva de raspa? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13- Foi vistoriado a presença de gás inflamáveis em canaletas, poços, tubulações? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14- Qual o limite de explosividade detectado? (_____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15- Outros? _____ |
| S | N | NA | 3-Controle de Fontes de Energia. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1.Todas as fontes de energia foram identificadas (elétrica, pressão, térmica, química, mecânica) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2- Todas as fontes de energia foram desligadas, bloqueadas ou aliviadas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3- Todas as fontes de energia foram etiquetadas, bloqueadas, e travadas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4- Os funcionários estão com os cadeados de segurança nos suportes de travamentos de energia? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5- O sistema está livre de qualquer tipo energia residual (elétrica, térmica, química, mecânica ou pressão hidráulica ou pneumática)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6- Os funcionários estão ciente que deverão retirar os cadeados após o termino do serviço? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7- Outros? _____ |
| S | N | NA | 4-Ferramentas (Manuais, Elétricas, Pneumáticas, ETC.). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1- As ferramentas elétricas estão em boas condições de conservação? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2- Os cabos elétricos estão em boas condições, sem emendas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3- As extensões estão em boas condições, e as tomadas estão em caixa e possuir tomadas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4- As proteções dos equipamentos estão em boas condições? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5- Outros? _____ |
| S | N | NA | 5-Produtos Químicos (Pinturas, limpeza, cont. de pragas, campina química,etc.) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1- Em caso de acidentes, existe lava-olhos nas proximidades? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2- Os produtos químicos ou agrotóxicos possuir MSDS (FISP) e foram Aprovados pelo depto de meio ambiente e segurança? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3- As pessoas foram informadas sobre os riscos, e estarão protegidas corretamente para manuseio e aplicação dos produtos conforme lista de EPI's acima. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4- Os produtos químicos tem os rótulos ou embalagem de movimentação possui o mesmo sobre informações sobre seus riscos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5- Existe ventilação eliminando gases/vapores com riscos à saúde e perigo de incêndio e explosão? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6- Outros? _____ |
| S | N | NA | 6- Máquinas e equipamentos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1- As partes moveis estão devidamente protegidas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2- A máquina é operada por pessoa autorizada? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3- A máquina deverá possuir dispositivo de parada de emergência (Opcional)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Foram analisados e protegidos todos os pontos que tem riscos de corte, prensamento? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5- Outros? _____ |

Equipamentos de Proteção Individual - EPI - Especificos

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Óculos Impacto / Ampla Visão/ Escuro | <input type="checkbox"/> Mascara de Proteção Qual? |
| <input type="checkbox"/> Luva de Raspa / Kevlar / Algodão / Látex | <input type="checkbox"/> Avental / Blusão de raspa / Macacão |
| <input type="checkbox"/> Protetor Facial | <input type="checkbox"/> Calçados de Couro /PVC /Borracha |
| <input type="checkbox"/> Capacete | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| S | N | NA | 6. Carga Suspensa |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1- O Operador do equipamento de guindar está autorizado e habilitado? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2- Há medidas de controle para evitar que pessoas entrem embaixo da cargas suspensas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3- O isolamento cobre toda área de movimentação? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4- A carga está protegida de movimentos involuntários? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5- O equipamento suporta o peso a ser içado? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6- Não há risco de movimento involuntário da carga no momento do içamento? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7- Os cabos de aço, fitas, estropos, eslingas e cordas foram inspecionadas e Aprovadas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8- Outros? _____ |
| S | N | NA | 7- 5 S / HOUSEKEEPING |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. A área de trabalho está livre de materiais que podem oferecer riscos de acidentes? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2- A área esta livre de materiais que podem agredir o meio ambiente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3- A área será entregue de forma organizada e limpa? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4- O armazenamento dos materiais está feito de forma correta? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5- Há recipiente adequado para a coleta e disposição de sucatas e resíduos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6- Outros? _____ |
| S | N | NA | 8. Geração de resíduos e riscos de contaminação do meio ambiente. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1- A contrata possui permissão para remoção de asbestos, remoção de tintas, aplicação de agrotóxicos, podas de arvores? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2- A forma de acondicionamento de resíduos foi Aprovado pelo depto de meio Ambiente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3- Os recipientes estão identificados conforme exigência da Gates? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4- Os resíduos serão depositados em local Aprovador pelo depto de meio ambiente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5- Haverá pessoal treinadas para aplicação do procedimento de emergências químicas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6- Não será permitido o descarte de produtos químicos., óleos etc. em canaletas, tanques, boca de lobo, tubulações, ralos etc., sem a permissão do depto de meio ambiente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7- Outros? _____ |
| S | N | NA | 9- Trabalho com escadas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Escada Simples e extensível tem no máximo 7 metros de comprimento? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2- Escada de Abrir tem no máximo 6 metros de comprimento (fechada)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3- A escada tem corda na extremidade para amarração da mesma ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4- A escada é de bom qualidade, sem nós e rachaduras e sem pinturas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5- O serviço com escada será feito para serviços de pequenos porte ou acesso? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6- Não é usada escada metálica para execução de serviços com riscos elétricas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7- A escada não deve ser colocada perto de porta ou circulação de pessoas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8- A escada não deve ser colocada perto de abertura ou vãos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9- A escada é dotada de sapata e degraus antiderrapantes e está apoiada em piso resistente? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10- A escada extensível tem dispositivo limitador de curso e sobreposição de 1 m no mínimo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11- O funcionário está usando o cinto de segurança e foi instalado o trava-quedas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12- Foi instalado o sistema de corda com trava quedas? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13- O funcionário sabe que a inclinação está entre 65 à 75 graus (1/3 a 1/4 da altura da mesa)? |
| S | N | NA | 10. Andaimos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1- Andaime está conforme norma da NR 18 com escada de acesso, guarda-corpo e rodapé? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2- Foi instalado o trava-quedas para uso cinto de duplo Talarbate para montagem e subida? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3- A área abaixo foi isolada adequadamente e sinalizada? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4- A Plataforma está completa e em boas condições de conservação? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5- Quando acima de 6 metros de altura os andaimes estão amarrados? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6- Foi analisado a área em torno em busca de riscos com máquina ligadas e em movimento? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7- Foi desligado as fontes de energia de ponte rolante e outros circuitos elétricos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8- Tem estruturas adequadas para fixação dos cinto de segurança? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9- Necessita de instalação de cabo guia (linha da vida) para fixar o cinto de segurança? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10- Os funcionários foram treinamentos em trabalho seguro em altura? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11- Os funcionário fizeram, exames específicos para subir/ em altura e estão autorizados pelo depto médico da empresa e exame de pressão alta - no dia de execução do serviço? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12- Outros? _____ |

RESPONSÁVEIS PELA APROVAÇÃO

REVALIDAÇÃO DA LIBERAÇÃO

	NOME LEGÍVEL	ASSINATURA	DATA INICIAL :	DATA FINAL :	DATA:		
RESPONSÁVEL PELO TRABALHO GATES						VISTO:	
RESPONSÁVEL PELO TRABALHO / CONTRATADA						VISTO:	
SUPERVISÃO DA ÁREA OPERACIONAL						VISTO:	
PROF. DE SEGURANÇA DO TRABALHO / CONTRATADA						VISTO:	

