

TRABALHO A QUENTE

1. Identificação do trabalho

Área Emitente:	Responsável pela emissão:	
Local de realização da atividade:	Equipamento/Linha/instalação/sistema:	TAG/Código:

Objetivo (Descrição geral) dos trabalhos:

Detalhamento do trabalho (como serão realizados/ passos (sem medidas nem riscos)):

2. Realização do trabalho

Data:	Hora inicial:	Hora final prevista:
--------------	----------------------	-----------------------------

3. Recursos Humanos

() Interno (RJU, EBSE RH) () Externo (Prestador de Serviço): Empresa: _____

N.º de involucrados:

4. Riscos principais

<input type="checkbox"/> ()	Projeção de partículas	<input type="checkbox"/> ()	Contato com peças com cantos e arestas cortantes/perfurantes	<input type="checkbox"/> ()	Atropelamento
<input type="checkbox"/> ()	projeção faíscas/fagulhas	<input type="checkbox"/> ()	Energias Perigosas presentes (qual(is)): Origem:	<input type="checkbox"/> ()	Queimaduras térmicas/insolação
<input type="checkbox"/> ()	Ruído Excessivo	<input type="checkbox"/> ()	Choque elétrico	<input type="checkbox"/> ()	Queimaduras químicas
<input type="checkbox"/> ()	Radiação ionizante	<input type="checkbox"/> ()	Equipamento sujeito à pressão	<input type="checkbox"/> ()	Levantamento/transporte de peso
<input type="checkbox"/> ()	Vibração	<input type="checkbox"/> ()	Queda diferença nível	<input type="checkbox"/> ()	Desmoronamento/desabamento/ deslizamento
<input type="checkbox"/> ()	Calor excessivo/insolação	<input type="checkbox"/> ()	Piso escorregadio	<input type="checkbox"/> ()	Incêndio/ Explosão
<input type="checkbox"/> ()	Contato com partes quentes	<input type="checkbox"/> ()	Queda de objetos em geral	<input type="checkbox"/> ()	Vazamento/derramamento
<input type="checkbox"/> ()	Intempérie (sol, chuva, vento)	<input type="checkbox"/> ()	Queda de equipamento	<input type="checkbox"/> ()	Inundação
<input type="checkbox"/> ()	Material biológico	<input type="checkbox"/> ()	Tombamento/capotamento	<input type="checkbox"/> ()	Outros
<input type="checkbox"/> ()	Contato de produto químico com a pele/ingestão	<input type="checkbox"/> ()	Batida contra		
<input type="checkbox"/> ()	inalação de produtos químicos (gases/vapores)	<input type="checkbox"/> ()	Afogamento/engolfamento		
<input type="checkbox"/> ()	inalação de fumos metálicos	<input type="checkbox"/> ()	Aprisionamento		

5. Equipamentos de proteção

EPI		EPC/Outros
<input type="checkbox"/> Capacete de segurança com jugular	<input type="checkbox"/> Calçado de segurança (botina sem biqueira)	<input type="checkbox"/> Guarda Corpo
<input type="checkbox"/> Capacete para eletricitista	<input type="checkbox"/> Calçado de segurança (botina com biqueira aço/toebox/composite)	<input type="checkbox"/> Linha de Vida Móvel
<input type="checkbox"/> Protetor Auricular	<input type="checkbox"/> Calçado de segurança (para eletricitista)	<input type="checkbox"/> Linha de Vida Fixa
<input type="checkbox"/> Óculos de Segurança Incolor	<input type="checkbox"/> Calçado de segurança (bota de borracha)	<input type="checkbox"/> Placas Sinalização
<input type="checkbox"/> Óculos de segurança lente escura	<input type="checkbox"/> Calçado de segurança (bota de PVC)	<input type="checkbox"/> Isolamento de Área
<input type="checkbox"/> Óculos de soldador	<input type="checkbox"/> Luva Nitrílica	<input type="checkbox"/> Tapume para solda
<input type="checkbox"/> Protetor facial	<input type="checkbox"/> Luva Látex	<input type="checkbox"/> Tapete Isolante
<input type="checkbox"/> Máscara de soldador - escudo	<input type="checkbox"/> Luva PVC	<input type="checkbox"/> Coberturas Isolantes
<input type="checkbox"/> Respirador para poeiras, névoas e fumos	<input type="checkbox"/> Luva Malha (com ou sem pigmentação)	<input type="checkbox"/> Conjunto Ferramentas Isoladas
<input type="checkbox"/> Respirador para vapores orgânicos	<input type="checkbox"/> Luva Vaqueta	<input type="checkbox"/> Cones Sinalização
<input type="checkbox"/> Respiradores para gases ácidos	<input type="checkbox"/> Luva de vaqueta (cobertura arco elétrico)	<input type="checkbox"/> Fitas Sinalização
<input type="checkbox"/> Respirador com filtros combinados	<input type="checkbox"/> Luva Raspa	<input type="checkbox"/> Escoramento
<input type="checkbox"/> Máscara de visor panorâmico	<input type="checkbox"/> Luva Raspa	<input type="checkbox"/> Tapumes
<input type="checkbox"/> Sistema de ar mandado	<input type="checkbox"/> Avental de PVC/raspa/Tyvek (com/sem manga)	<input type="checkbox"/> Sistema de Exaustão
<input type="checkbox"/> conjunto autônomo de ar	<input type="checkbox"/> Macacão de tyvec	<input type="checkbox"/> Andaime- tipo:
<input type="checkbox"/> Cinto tipo Paraquedista	<input type="checkbox"/> Macacão de PVC	<input type="checkbox"/> Escada – tipo:
<input type="checkbox"/> Talabarte Y ou 2 talabartes	<input type="checkbox"/> Uniforme para eletricitista (conjunto)	<input type="checkbox"/> Plataforma elevatória: tipo:
<input type="checkbox"/> Perneira (raspa/PVC)	<input type="checkbox"/> Manga de raspa	<input type="checkbox"/> Travaquedas-tipo:
<input type="checkbox"/> Capa de chuva (PVC)	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Outro:

6. ANÁLISE GERAL E MEDIDAS ADOTADAS

a. Foi analisado o ambiente antes do início das atividades? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	b. A área está sinalizada? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	c. Pessoas vizinhas foram orientadas a afastarem-se do local de risco? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
d. Existe mais de uma frente de serviço concomitante? Se sim, anotar no campo "8". <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	e. Existe impedimento para as frentes de trabalho concomitantes? Se sim, anotar no campo "8". <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	f. As energias perigosas foram bloqueadas e desenergizadas? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
g. Trabalhador que realiza o bloqueio de energia perigosa está autorizado formalmente pela empresa? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	h. Ficha de Controle de Energia Perigosa (FCEP) preenchida? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	*Anotar as energias envolvidas no campo "8".
j. Há existência de anteparos/tapumes? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	Nº da ficha:	i. As ferramentas, equipamentos e outros materiais foram inspecionados e estão em boas condições de uso? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
	k. O Ambiente está ventilado adequadamente? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	l. Os trabalhadores executantes estão autorizados e capacitados pela empresa para realizar a atividade? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
	Anotar meio adotado no campo "8".	
m. Trabalhador executante do trabalho em altura e espaço confinado apresenta queixa de não estar em condições física para a atividade, para o trabalho? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	n. Descrever tipo de capacitação dos trabalhadores (NR):	o. Recursos de resgate e salvamento estão disponíveis? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
*Anexar comprovante de avaliação médica liberando-o ou não para a atividade	<input type="checkbox"/> NR 10-B <input type="checkbox"/> NR 10-SEP <input type="checkbox"/> NR 11 <input type="checkbox"/> NR 20 <input type="checkbox"/> NR 35 <input type="checkbox"/> NR 33	p) Área restrita e isolada? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA

6.1 ANÁLISE ESPECÍFICA – TRABALHO A QUENTE

a. Tipo de trabalho a quente:	b. Existem materiais combustíveis e/ou inflamáveis no local ou próximo?	c. Serão geradas fagulhas?
<input type="checkbox"/> Solda elétrica e outras	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
<input type="checkbox"/> Solda oxiacetilênica		
<input type="checkbox"/> Aquecimento de peças com maçarico	Se Sim, foi protegida ou removida?	Se Sim, foram instaladas barreiras eficazes?
<input type="checkbox"/> Corte de peças com maçarico	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
<input type="checkbox"/> Esmerilhamento		Tipo de barreira: _____
<input type="checkbox"/> Lixamento		
<input type="checkbox"/> Outro: _____		
d. Existem bueiros e equipamentos onde as fagulhas podem penetrar?	e. As fagulhas podem atingir áreas de risco abaixo do ponto de trabalho?	f. Serão gerados contaminantes atmosféricos (gases/vapores/fumaça/fumos, etc)?
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
Se sim, estão protegidos?	* Se sim, estão protegidas?	
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	
g. Equipamentos de combate a incêndio estão disponíveis?	h. Serão utilizados equipamentos elétricos não intrinsecamente seguros em áreas classificadas de zona 0 e zona 1?	i. Serão gerados contaminantes atmosféricos (gases, vapores, fumaça, fumos, etc)?
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
	* Se sim, monitorar explosividade.	
	**anotar resultados no campo "8".	

6.2 ANÁLISE – OUTRO TIPO DE TRABALHO PERIGOSO CONCOMITANTE**() Aplicável () Não aplicável**

() Trabalho em altura () Eletricidade () Movimentação de carga () Trabalho com substância química perigosa

() Demolição/escavação () Abertura de linha/equipamento () Trabalho em espaço confinado


a. Outro tipo de trabalho não perigoso: Descrever detalhes e medidas adotadas específicas:**7. Envolvidos no trabalho**

Nome	Cargo/Função	Assinatura

8. Observações**9. Permissão para Trabalho com Risco Especial - Autorização**

Conforme descrição e análise dos riscos, bem como da definição das medidas indicadas na análise dos riscos acima, autorizo a realização do(s) trabalho(s) discriminados nos itens 1 e 2 e analisados nos itens de 3 à 6.

Responsável pela Área:**Data:****Hora:****Assinatura:****Responsável pela Execução:****Data:****Hora:****Assinatura:**

 EBSERH <small>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS</small>	PERMISSÃO PARA TRABALHOS COM RISCOS ESPECIAIS (PTRE)	Nº: 00X-2017
		<small>Revisão: 001 - Fevereiro 2017 Form xxx-2017</small>
		HUSM-UFSM
10. Prorrogação do trabalho () Aplicável () Não aplicável		
Hora inicial: _____ Hora final: _____ O trabalho está concluído? () S () N <u>*Se Não, abrir nova PTRE.</u> Responsável: _____ Assinatura: _____		
**Serviço/atividade prorrogável por uma única vez conforme procedimento.		
11. Fiscalização (Segurança do Trabalho)		
Fiscalização 1: Hora: _____ Fiscal: _____ Condições: () C () NC Assinatura: _____	Fiscalização 2: Hora: _____ Fiscal: _____ Condições: () C () NC Assinatura: _____	Fiscalização 3: Hora: _____ Fiscal: _____ Condições: () C () NC Assinatura: _____
11.1 CONDUTAS DA FISCALIZAÇÃO – SE CONDIÇÕES ESTIVEREM “NC” a. <u>Fiscalização 1</u> - Descrever as condições não conformes e medidas a serem adotadas: 		Condição corrigida: () S () N Se “Sim”: autorizo a continuidade do trabalho. Hora: _____ Ass. resp. Área: _____ Ass. resp. Execução: _____
b. <u>Fiscalização 2</u> - Descrever as condições não conformes e medidas a serem adotadas: 		Condição corrigida: () S () N Se “Sim”: autorizo a continuidade do trabalho. Ass. resp. Área: _____ Ass. resp. Execução: _____
c. <u>Fiscalização 3</u> - Descrever as condições não conformes e medidas a serem adotadas: 		Condição corrigida: () S () N Se “Sim”: autorizo a continuidade do trabalho. Ass. resp. Área: _____ Ass. resp. Execução: _____
12. Conclusão e Aceitação do trabalho (quitação)		
Hora da avaliação: _____ O trabalho está concluído? () S () N Se Não, há necessidade de Prorrogação? () S () N Responsável pela Avaliação: _____ Assinatura: _____		