

 EBSERH <small>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS</small>	ANÁLISE PRELIMINAR DE RISCOS APR		Nº: _____-20____																																										
			Revisão: 001 - Fevereiro 2017 Form xxx-2017																																										
				HUSM-UFSM																																									
1. Identificação do trabalho																																													
Area Emitente:		Responsável pela emissão:																																											
Local de realização da atividade:		Equipamento/Linha/instalação/sistema:	TAG/Código:																																										
Recursos Humanos: <input type="checkbox"/> Interno (RJU, EBSERH) Nº de trabalhadores envolvidos: _____ <input type="checkbox"/> Externo - Empresa: _____																																													
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. Perigos e Riscos principais																																													
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Projeção de partículas</td> <td><input type="checkbox"/> Eletricidade</td> <td><input type="checkbox"/> Biológico (vírus, bactérias)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Projeção de faíscas/fagulhas</td> <td><input type="checkbox"/> Choque elétrico</td> <td><input type="checkbox"/> Inundação</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ruído Excessivo</td> <td><input type="checkbox"/> Piso escorregadio</td> <td><input type="checkbox"/> Vazamento/derramamento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Radiação ionizante</td> <td><input type="checkbox"/> Queda de pessoas</td> <td><input type="checkbox"/> Afogamento/engolfamento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vibração interferente</td> <td><input type="checkbox"/> Queda de objetos</td> <td><input type="checkbox"/> Desmoronamento/desabamento/</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Calor excessivo/insolação</td> <td><input type="checkbox"/> Queda de equipamento</td> <td>deslizamento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Contato com partes quentes</td> <td><input type="checkbox"/> Tombamento/capotamento</td> <td><input type="checkbox"/> Aprisionamento</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Intempérie (sol, chuva, vento)</td> <td><input type="checkbox"/> Atropelamento</td> <td><input type="checkbox"/> Contato com peças com cantos e</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Incêndio/ Explosão</td> <td><input type="checkbox"/> Levantamento/transporte de peso</td> <td>arestas vivas (cortantes/perfurantes)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Queimaduras</td> <td><input type="checkbox"/> Batida contra</td> <td><input type="checkbox"/> Outros:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Energias Perigosas (elétrica, térmica, térmica, hidráulica, pneumática, outra: _____)</td> <td><input type="checkbox"/> Substância química</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Equipamento sujeito à pressão</td> <td><input type="checkbox"/> Contato com a pele <input type="checkbox"/> Ingestão</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Inalação de gases/vapores</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Inalação de poeiras/fumos metálicos</td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Projeção de partículas	<input type="checkbox"/> Eletricidade	<input type="checkbox"/> Biológico (vírus, bactérias)	<input type="checkbox"/> Projeção de faíscas/fagulhas	<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Inundação	<input type="checkbox"/> Ruído Excessivo	<input type="checkbox"/> Piso escorregadio	<input type="checkbox"/> Vazamento/derramamento	<input type="checkbox"/> Radiação ionizante	<input type="checkbox"/> Queda de pessoas	<input type="checkbox"/> Afogamento/engolfamento	<input type="checkbox"/> Vibração interferente	<input type="checkbox"/> Queda de objetos	<input type="checkbox"/> Desmoronamento/desabamento/	<input type="checkbox"/> Calor excessivo/insolação	<input type="checkbox"/> Queda de equipamento	deslizamento	<input type="checkbox"/> Contato com partes quentes	<input type="checkbox"/> Tombamento/capotamento	<input type="checkbox"/> Aprisionamento	<input type="checkbox"/> Intempérie (sol, chuva, vento)	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Contato com peças com cantos e	<input type="checkbox"/> Incêndio/ Explosão	<input type="checkbox"/> Levantamento/transporte de peso	arestas vivas (cortantes/perfurantes)	<input type="checkbox"/> Queimaduras	<input type="checkbox"/> Batida contra	<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Energias Perigosas (elétrica, térmica, térmica, hidráulica, pneumática, outra: _____)	<input type="checkbox"/> Substância química		<input type="checkbox"/> Equipamento sujeito à pressão	<input type="checkbox"/> Contato com a pele <input type="checkbox"/> Ingestão			<input type="checkbox"/> Inalação de gases/vapores			<input type="checkbox"/> Inalação de poeiras/fumos metálicos	
<input type="checkbox"/> Projeção de partículas	<input type="checkbox"/> Eletricidade	<input type="checkbox"/> Biológico (vírus, bactérias)																																											
<input type="checkbox"/> Projeção de faíscas/fagulhas	<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Inundação																																											
<input type="checkbox"/> Ruído Excessivo	<input type="checkbox"/> Piso escorregadio	<input type="checkbox"/> Vazamento/derramamento																																											
<input type="checkbox"/> Radiação ionizante	<input type="checkbox"/> Queda de pessoas	<input type="checkbox"/> Afogamento/engolfamento																																											
<input type="checkbox"/> Vibração interferente	<input type="checkbox"/> Queda de objetos	<input type="checkbox"/> Desmoronamento/desabamento/																																											
<input type="checkbox"/> Calor excessivo/insolação	<input type="checkbox"/> Queda de equipamento	deslizamento																																											
<input type="checkbox"/> Contato com partes quentes	<input type="checkbox"/> Tombamento/capotamento	<input type="checkbox"/> Aprisionamento																																											
<input type="checkbox"/> Intempérie (sol, chuva, vento)	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Contato com peças com cantos e																																											
<input type="checkbox"/> Incêndio/ Explosão	<input type="checkbox"/> Levantamento/transporte de peso	arestas vivas (cortantes/perfurantes)																																											
<input type="checkbox"/> Queimaduras	<input type="checkbox"/> Batida contra	<input type="checkbox"/> Outros:																																											
<input type="checkbox"/> Energias Perigosas (elétrica, térmica, térmica, hidráulica, pneumática, outra: _____)	<input type="checkbox"/> Substância química																																												
<input type="checkbox"/> Equipamento sujeito à pressão	<input type="checkbox"/> Contato com a pele <input type="checkbox"/> Ingestão																																												
	<input type="checkbox"/> Inalação de gases/vapores																																												
	<input type="checkbox"/> Inalação de poeiras/fumos metálicos																																												
4. Equipamentos de proteção																																													
EPI		EPC/Outros																																											
<input type="checkbox"/> Capacete de segurança <input type="checkbox"/> Protetor auricular <input type="checkbox"/> Óculos de segurança <input type="checkbox"/> Óculos de soldador <input type="checkbox"/> Protetor facial <input type="checkbox"/> Respirador (poeiras, névoas e fumos) <input type="checkbox"/> Respirador (vapores orgânicos/GA) <input type="checkbox"/> Máscara semi-facial <input type="checkbox"/> Máscara visor panorâmico <input type="checkbox"/> Sistema de ar mandado <input type="checkbox"/> Conjunto autônomo de ar <input type="checkbox"/> Máscara de soldador – escudo <input type="checkbox"/> Calçado de segurança: PVC- borracha - couro: comum – eletricista - sem biqueira - com biqueira		<input type="checkbox"/> Luva: nitrilica – látex – PVC – malha – raspa - vaqueta – eletricista (borracha+cobertura) <input type="checkbox"/> Cinturão de segurança <input type="checkbox"/> Talabarte <input type="checkbox"/> Trava-queda: comum – retrátil <input type="checkbox"/> Linha de Vida <input type="checkbox"/> Escada – andaime – PTA <input type="checkbox"/> Avental: PVC - Raspa - Tyvek <input type="checkbox"/> Macacão: PVC - Raspa – Tyvek <input type="checkbox"/> Manga de raspa <input type="checkbox"/> Perneira: raspa - PVC <input type="checkbox"/> Conjunto para eletricista (capuz+casaco) <input type="checkbox"/> Capa de chuva <input type="checkbox"/> Outro:																																											
<input type="checkbox"/> Linha de vida <input type="checkbox"/> Guarda corpo <input type="checkbox"/> Escada – andaime - PTA <input type="checkbox"/> Placas sinalização <input type="checkbox"/> Isolamento: fita – cone – tela <input type="checkbox"/> Tapume para solda <input type="checkbox"/> Tapete/cobertura Isolante <input type="checkbox"/> Conjunto Ferramentas Isoladas <input type="checkbox"/> Escoramento/tapumes/anteparos <input type="checkbox"/> Sistema de exaustão/ventilação <input type="checkbox"/> Outro:																																													
5. Observações																																													

 EBSERH <small>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS</small>	ANÁLISE PRELIMINAR DE RISCOS APR	Nº: _____-20__
		Revisão: 001 - Fevereiro 2017 Form xxx-2017
		HUSM-UFSM
6. Documentos vinculados () Não aplicável		
PTRE Nº: _____ FAMTRE Nº _____ FCEP Nº: _____ CHECKLIST DE LIBERAÇÃO DE ANDAIME Nº: _____		
7. Envolvidos no trabalho		
Nome	Cargo/Função	Assinatura
8. Autorização da APR		
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: _____
9. Fiscalização		
Fiscalização 1: Hora: _____ Fiscal: _____ Condições: () C () NC Assinatura: _____		Fiscalização 2: Hora: _____ Fiscal: _____ Condições: () C () NC Assinatura: _____
9.1 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: _____