



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
Avenida Roraima 1000, Prédio 22 - Bairro Camobi  
Santa Maria-RS, CEP 97105-900  
- <http://husm-ufsm.ebserh.gov.br>

Edital - SEI

Processo nº 23541.000288/2025-67

Interessado: @interessados\_virgula\_espaco@

**EDITAL DE PREGÃO ELETRÔNICO SRP N.º 143/2025**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº: 23541.000288/2025-67**

**OBJETO: AQUISIÇÃO DE GÁS HÉLIO REFRIGERADO UTILIZADO EM PROCESSOS DE DESCONGELAMENTO DE MAGNETOS DAS RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS, MISTURA DE GÁS PADRÃO PRIMÁRIA DLCO PARA O SERVIÇO DE PNEUMOLOGIA E DE HÉLIO LÍQUIDO REFRIGERADO PARA O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (HUSM-EBSEH), CUMULADO COM COMODATO DE 2 (DOIS) CILINDROS COM CAPACIDADE DE 4 A 8 M<sup>3</sup>.**

**CRITÉRIO DE JULGAMENTO: MENOR PREÇO UNITÁRIO .**

**MODO DE DISPUTA: ABERTO.**

**PREFERÊNCIA ME/EPP/EQUIPARADAS: NÃO.**

**DATA DA SESSÃO PÚBLICA: 17/11/2025**

**HORÁRIO DA SESSÃO PÚBLICA: 09:00 horas (Horário de Brasília)**

**LOCAL: [www.comprasgovernamentais.gov.br](http://www.comprasgovernamentais.gov.br)**

**UASG: 155125**

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh, filial Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM-UFSM), sediado(a) na Av. Roraima, 1000, Prédio 22, Campus Universitário – Bairro Camobi – Santa Maria, RS, Brasil - CEP: 97105-900, CNPJ 15.126.437/0019-72, UG 155125, na pessoa do Agente de Licitação/Comissão de Licitação designado pela Portaria constante dos autos, torna público para conhecimento dos interessados que na data, horário e local acima indicados realizará licitação, para registro de preços, na modalidade PREGÃO, na forma ELETRÔNICA, nos termos do Regulamento de Licitações e Contratos da Ebserh, versão 2.0, aprovado por meio da Resolução n.º 155/2022 do Conselho de Administração (RLCE 2.0), da Lei n.º 13.303, de 30 de junho de 2016, do Decreto n.º 8.945, de 27 de dezembro de 2016, da Lei n.º 14.133, de 1º de abril de 2021 (aplicada aos procedimentos para operação da sessão pública, a partir de sua abertura até a etapa de homologação) e do Decreto n.º 11.462, de 31 de março de 2023.

## **1. OBJETO**

1.1. O objeto da presente licitação é a escolha da proposta mais vantajosa para aquisição de **Aquisição de Gás Hélio refrigerado utilizado em processos de descongelamento de magnetos das Ressonâncias Magnéticas, mistura de gás padrão primária DLCO para o Serviço de Pneumologia e de Hélio líquido refrigerado para o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (HUSM-EBSEH), cumulado com comodato de 2 (dois) cilindros com capacidade de 4 a 8 m<sup>3</sup>** conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste Edital e seus Anexos.

1.2. A licitação será dividida em itens, conforme especificado no termo de referência, facultando-se ao licitante a participação em quantos itens forem de seu interesse.

1.3. Caso haja divergência entre o descritivo dos itens no Edital e seus Anexos e no Portal de Compras do Governo Federal, prevalecerá o descritivo constante no Edital e seus Anexos.

## **2. DO REGISTRO DE PREÇOS**

2.1. As regras referentes aos órgãos gerenciador e participantes, bem como a eventuais adesões são as que constam da minuta de Ata de Registro de Preços.

## **3. PARTICIPAÇÃO NO PREGÃO**

3.1. Poderão participar deste Pregão os interessados que estiverem previamente credenciados no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores - Sicaf (Instrução Normativa SEGES/MP n.º 3/2018) e no Sistema de Compras do Governo Federal ([www.gov.br/compras](http://www.gov.br/compras)), por meio de Certificado Digital conferido pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP - Brasil.

3.1.1. Os interessados deverão atender às condições exigidas no cadastramento no Sicaf até o terceiro dia útil anterior

à data prevista para recebimento das propostas.

3.2. O licitante se responsabiliza exclusiva e formalmente pelas transações efetuadas em seu nome, assume como firmes e verdadeiras suas propostas e seus lances, inclusive os atos praticados diretamente ou por seu representante, excluída a responsabilidade do provedor do sistema ou do órgão ou entidade promotora da licitação por eventuais danos decorrentes de uso indevido das credenciais de acesso, ainda que por terceiros.

3.3. É de responsabilidade do cadastrado conferir a exatidão dos seus dados cadastrais nos sistemas relacionados no item anterior e mantê-los atualizados junto aos órgãos responsáveis pela informação, devendo proceder, imediatamente, à correção ou à alteração dos registros tão logo identifique incorreção ou aqueles se tornem desatualizados.

3.4. A não observância do disposto no item anterior poderá ensejar desclassificação no momento da habilitação.

3.5. Será concedido tratamento favorecido para as microempresas e empresas de pequeno porte, para as sociedades cooperativas mencionadas no art. 34 da Lei n.º 11.488/2007 - quando permitida a sua participação -, para o agricultor familiar, o produtor rural pessoa física e para o microempreendedor individual - MEI, nos limites previstos da Lei Complementar n.º 123/2006.

3.5.1. O tratamento favorecido de que trata este item somente será aplicável ao item/grupo cujo valor estimado não seja superior à receita bruta máxima admitida para fins de enquadramento como empresa de pequeno porte, que é de R\$ 4.800.000,00 (quatro milhões e oitocentos mil reais), nos termos do art. 3º, inciso II, da Lei Complementar n.º 123/2006, sendo que nas contratações com prazo de vigência superior a 1 (um) ano, será considerado o valor anual do contrato (Acórdão 1193/2024-TCU-Plenário).

3.6. Não poderão disputar esta licitação:

3.6.1. aquele que não atenda às condições deste Edital e seu(s) anexo(s);

3.6.2. estrangeiros que não tenham representação legal no Brasil com poderes expressos para receber citação e responder administrativa ou judicialmente;

3.6.3. empresa que se enquadre em alguma das vedações previstas no art. 69 do RLCE 2.0, quais sejam:

3.6.3.1. suspensão no âmbito da Rede Ebserh;

3.6.3.2. declarada inidônea pela União, por Estado ou pelo Distrito Federal, enquanto perdurarem os efeitos da sanção;

3.6.3.3. impedida de licitar e de contratar com a União;

3.6.3.4. constituída por sócio de empresa que estiver suspensa, impedida ou declarada inidônea;

3.6.3.5. cujo administrador seja sócio de empresa suspensa, impedida ou declarada inidônea;

3.6.3.6. constituída por sócio que tenha sido sócio ou administrador de empresa suspensa, impedida ou declarada inidônea, no período dos fatos que deram ensejo à sanção;

3.6.3.7. cujo administrador tenha sido sócio ou administrador de empresa suspensa, impedida ou declarada inidônea, no período dos fatos que deram ensejo à sanção;

3.6.3.8. que tiver, nos seus quadros de diretoria, pessoa que participou, em razão de vínculo de mesma natureza, de empresa declarada inidônea;

3.6.3.9. cujo administrador ou sócio seja empregado, servidor cedido ou em exercício na Ebserh;

3.6.3.10. cujo administrador ou sócio detentor de mais de 5% (cinco por cento) do capital social seja integrante de órgão estatutário, empregado, servidor cedido ou em exercício na Ebserh;

3.6.3.11. cujo administrador ou sócio detentor de mais de 5% (cinco por cento) do capital social seja integrante do Ministério da Educação ou de Instituições Federais de Ensino Superior e congêneres signatárias de contratos de gestão com a Ebserh;

3.6.3.12. integrante de órgão estatutário, empregado, servidor cedido ou em exercício na Ebserh, bem como integrante do Ministério da Educação ou de Instituições Federais de Ensino e congêneres signatários de contratos de gestão com a Ebserh;

3.6.3.13. quem tenha relação de parentesco, até o terceiro grau civil, com:

a) integrantes de órgãos estatutários da Ebserh;

b) empregado, servidor cedido ou em exercício na Ebserh cujas atribuições envolvam a atuação na área responsável pela licitação ou estejam envolvidos no respectivo processo de contratação;

c) autoridade do Ministério da Educação;

d) autoridade das Instituições Federais de Ensino Superior e congêneres signatárias de contratos de gestão com a Ebserh.

3.6.3.14. cujo proprietário, mesmo na condição de sócio, tenha terminado seu prazo de gestão ou rompido seu vínculo

com a Ebserh há menos de 6 (seis) meses.

3.6.3.15. licitante que atue em substituição a outra pessoa, física ou jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, desde que comprovado o ilícito ou a utilização fraudulenta da personalidade jurídica do licitante;

3.6.4. pessoas jurídicas reunidas em consórcio;

3.6.5. empresa consorciada, isoladamente ou por meio de mais de um consórcio;

3.6.6. organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, atuando nessa condição;

3.6.7. sociedades cooperativas.

3.7. As vedações previstas no item 3.6.3 serão também aplicadas ao licitante que atue em substituição a outra pessoa, física ou jurídica, com o intuito de burlar a efetividade da sanção a ela aplicada, inclusive a sua controladora, controlada ou coligada, desde que devidamente comprovado o ilícito ou a utilização fraudulenta da personalidade jurídica do licitante.

3.8. Será verificado o enquadramento dos licitantes como parte relacionada para o fim de aplicação da Política de Transações com Partes Relacionadas da Ebserh, disponível em [www.gov.br/ebserh](http://www.gov.br/ebserh).

3.9. Ao participar do pregão, o licitante declara estar ciente de que deve observar o Código de Ética e Conduta da rede Ebserh, disponível em [www.gov.br/ebserh](http://www.gov.br/ebserh).

#### **4. IMPUGNAÇÃO AO EDITAL E PEDIDO DE ESCLARECIMENTOS**

4.1. Até 2 (dois) dias úteis antes da data fixada para a ocorrência do certame, qualquer pessoa poderá impugnar ou solicitar esclarecimentos a este edital.

4.2. Caberá ao Agente de Licitação, auxiliado pela equipe de apoio e pelos responsáveis pela elaboração deste Edital e seus Anexos, decidir sobre a impugnação ou solicitação de esclarecimentos no prazo de até 1 (um) dia útil, sendo assegurado, na sequência, o prazo de 1 (um) dia útil para a apresentação das propostas pelos licitantes, se for o caso.

4.3. A impugnação ou pedido de esclarecimento poderá ser apresentado por forma eletrônica, pelo e-mail [pregoes.husm-ufsm@ebserh.gov.br](mailto:pregoes.husm-ufsm@ebserh.gov.br), ou por escrito, à Unidade de Compras e Licitações, no endereço constante do cabeçalho do Edital, no horário 8:00 12:00 e 13:00 17:00.

4.4. Quando a impugnação ou esclarecimento for enviado ao Agente de Licitação da Ebserh, exclusivamente por escrito ou em formato digital não editável, ele também deverá ser enviado em mídia (CD, DVD, etc) nos formatos Word (.doc ou .docx) e PDF (.pdf), tendo em vista que o texto da impugnação deverá ser disponibilizado no Portal de Compras do Governo Federal.

4.5. Não serão conhecidas as impugnações ou pedidos de esclarecimentos interpostos após o prazo previsto no item 4.1, bem como os que não forem apresentados na forma estabelecida no item 4.4 deste Edital.

4.6. As impugnações e pedidos de esclarecimentos não suspendem os prazos previstos no certame.

4.6.1. A concessão de efeito suspensivo à impugnação é medida excepcional e deverá ser motivada pelo Agente de Licitação, nos autos do processo de licitação.

4.7. As respostas aos pedidos de esclarecimentos serão divulgadas pelo sistema e vincularão os participantes e a Ebserh.

4.8. Acolhida a impugnação, será definida e publicada nova data para a realização do certame.

#### **5. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO**

5.1. Na presente licitação, a fase de habilitação sucederá as fases de apresentação de propostas e lances e de julgamento.

5.2. Os licitantes encaminharão, exclusivamente por meio do sistema eletrônico, a proposta com o preço ou o percentual de desconto, conforme o critério de julgamento adotado neste Edital, até a data e o horário estabelecidos para abertura da sessão pública.

5.2.1. Os anexos de proposta deverão ser encaminhados apenas pelo licitante provisoriamente classificado em primeiro lugar.

5.3. Caso a fase de habilitação anteceda as fases de apresentação de propostas e lances, os licitantes encaminharão, na forma e no prazo estabelecidos no item anterior, simultaneamente os documentos de habilitação e a proposta com o preço ou o percentual de desconto, observado o disposto nos itens 9.11 e 9.13.1 deste Edital.

5.4. No cadastramento da proposta inicial, o licitante declarará, em campo próprio do sistema, que:

5.4.1. está ciente e concorda com as condições contidas no edital e seus anexos, bem como de que a proposta apresentada compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório;

5.4.2. não emprega menor de 18 anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 anos, salvo menor, a partir de 14 anos, na condição de aprendiz, nos termos do artigo 7º, XXXIII, da Constituição;

5.4.3. não possui, em sua cadeia produtiva, empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;

5.4.4. cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.

5.5. O licitante organizado em cooperativa - quando permitida a sua participação - deverá declarar, ainda, em campo próprio do sistema eletrônico, que cumpre os seguintes requisitos:

5.5.1. a constituição e o funcionamento da cooperativa observam as regras estabelecidas na legislação aplicável, em especial a Lei n.º 5.764/1971, a Lei n.º 12.690/2012, e a Lei Complementar n.º 130/2009;

5.5.2. a cooperativa apresenta demonstrativo de atuação em regime cooperado, com repartição de receitas e despesas entre os cooperados;

5.5.3. qualquer cooperado, com igual qualificação, é capaz de executar o objeto contratado, vedado à Ebserh indicar nominalmente pessoas;

5.5.4. o objeto da licitação se refere, em se tratando de cooperativas enquadradas na Lei n.º 12.690/2012, a serviços especializados constantes do objeto social da cooperativa, a serem executados de forma complementar à sua atuação.

5.6. O fornecedor enquadrado como microempresa, empresa de pequeno porte ou sociedade cooperativa - quando permitida a sua participação - deverá declarar, ainda, em campo próprio do sistema eletrônico, que cumpre os requisitos estabelecidos no artigo 3º da Lei Complementar n.º 123/2006, estando apto a usufruir do tratamento favorecido estabelecido em seus arts. 42 a 49.

5.6.1. No item exclusivo para participação de microempresas e empresas de pequeno porte, a assinalação do campo “não” impedirá o prosseguimento no certame, para aquele item.

5.6.2. Nos itens em que a participação não for exclusiva para microempresas e empresas de pequeno porte, a assinalação do campo “não” apenas produzirá o efeito de o licitante não ter direito ao tratamento favorecido previsto na Lei Complementar n.º 123/2006, mesmo que microempresa, empresa de pequeno porte ou sociedade cooperativa.

5.7. A falsidade da declaração de que trata os itens 5.4 a 5.6 sujeitará o licitante às sanções previstas neste Edital.

5.8. Os licitantes poderão retirar ou substituir a proposta ou, na hipótese de a fase de habilitação anteceder as fases de apresentação de propostas e lances e de julgamento, os documentos de habilitação anteriormente inseridos no sistema, até a abertura da sessão pública.

5.9. Não haverá ordem de classificação na etapa de apresentação da proposta e dos documentos de habilitação pelo licitante, o que ocorrerá somente após os procedimentos de abertura da sessão pública e da fase de envio de lances.

5.10. Serão disponibilizados para acesso público os documentos que compõem a proposta dos licitantes convocados para apresentação de propostas, após a fase de envio de lances.

5.11. Desde que disponibilizada a funcionalidade no sistema, o licitante poderá parametrizar o seu valor final mínimo ou o seu percentual de desconto máximo quando do cadastramento da proposta e obedecerá às seguintes regras:

5.11.1. a aplicação do intervalo mínimo de diferença de valores ou de percentuais entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação ao lance que cobrir a melhor oferta; e

5.11.2. os lances serão de envio automático pelo sistema, respeitado o valor final mínimo estabelecido e o intervalo de que trata o subitem acima.

5.12. O valor final mínimo ou o percentual de desconto final máximo parametrizado no sistema poderá ser alterado pelo fornecedor durante a fase de disputa, sendo vedado:

5.12.1. valor superior a lance já registrado pelo fornecedor no sistema, quando adotado o critério de julgamento por menor preço; e

5.12.2. percentual de desconto inferior a lance já registrado pelo fornecedor no sistema, quando adotado o critério de julgamento por maior desconto.

5.13. O valor final mínimo ou o percentual de desconto final máximo parametrizado na forma do item 5.11 possuirá caráter sigiloso para os demais fornecedores e para a Ebserh, podendo ser disponibilizado estrita e permanentemente aos órgãos de controle externo e interno.

5.14. Caberá ao licitante interessado em participar da licitação acompanhar as operações no sistema eletrônico durante o processo licitatório e se responsabilizar pelo ônus decorrente da perda de negócios diante da inobservância de mensagens emitidas pela Ebserh ou de sua desconexão.

5.15. O licitante deverá comunicar imediatamente ao provedor do sistema qualquer acontecimento que possa comprometer o sigilo ou a segurança, para imediato bloqueio de acesso.

## **6. PREENCHIMENTO DA PROPOSTA**

6.1. O licitante deverá enviar sua proposta mediante o preenchimento, no sistema eletrônico, dos seguintes campos:

6.1.1. valor;

6.1.2. quantidade;

6.1.3. marca;

6.1.4. fabricante;

6.1.5. descrição complementar do objeto, contendo as informações similares à especificação do Termo de Referência.

6.1.5.1. Na descrição complementar do objeto não poderão constar elementos ou informações que identifiquem o licitante ou em relação aos quais o sistema apresente campo próprio para preenchimento, tais como: marca; fabricante do produto; dentre outros.

6.2. O licitante não poderá oferecer proposta em quantitativo inferior ao máximo previsto para contratação.

6.3. Não será admitida a previsão de preços diferentes em razão de local de entrega ou de acondicionamento, tamanho de lote ou qualquer outro motivo.

6.4. Quando dois ou mais itens compuserem um grupo, torna-se obrigatória a cotação para todos os itens que o compõem.

6.5. O licitante deverá declarar, para cada item, em campo próprio do sistema, se o produto ofertado é beneficiado por um dos critérios de margem de preferência indicados no Termo de Referência.

6.6. Todas as especificações do objeto contidas na proposta vinculam o licitante.

6.7. Nos valores propostos estarão inclusos todos os custos operacionais, encargos previdenciários, trabalhistas, tributários, comerciais e quaisquer outros que incidam direta ou indiretamente na execução do objeto.

6.8. Os preços ofertados, tanto na proposta inicial, quanto na etapa de lances, serão de exclusiva responsabilidade do licitante, não lhe assistindo o direito de pleitear qualquer alteração, sob alegação de erro, omissão ou qualquer outro pretexto.

6.9. Se o regime tributário da empresa implicar o recolhimento de tributos em percentuais variáveis, a proposta deverá considerar a média dos efetivos recolhimentos da empresa nos últimos doze meses.

6.10. Se a execução do objeto envolver a aplicação de normas que impliquem desoneração tributária, a proposta deverá considerar a desoneração.

6.11. Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, no pagamento serão retidos na fonte os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

6.12. A apresentação das propostas implica obrigatoriedade do cumprimento das disposições nelas contidas, em conformidade com o que dispõe o Termo de Referência, assumindo o proponente o compromisso de executar o objeto licitado nos seus termos, bem como de fornecer os materiais, equipamentos, ferramentas e utensílios necessários, em quantidades e qualidades adequadas à perfeita execução contratual, promovendo, quando requerido, sua substituição.

6.13. O prazo de validade da proposta não será inferior a 90 (sessenta) dias, a contar da data de sua apresentação.

6.14. Os licitantes devem respeitar os preços máximos estabelecidos nas normas de regência de contratações públicas federais, quando participarem de licitações públicas.

6.14.1. Caso o critério de julgamento seja o de maior desconto, o preço já decorrente da aplicação do desconto ofertado deverá respeitar os preços máximos estabelecidos nas normas de regência de contratações públicas federais.

6.15. O descumprimento das regras supramencionadas por parte dos contratados pode ensejar a responsabilização pelo Tribunal de Contas da União e, após o devido processo legal, gerar as seguintes consequências: assinatura de prazo para a adoção das medidas necessárias ao exato cumprimento da lei, nos termos do art. 71, inciso IX, da Constituição; ou condenação dos agentes públicos responsáveis e da empresa contratada ao pagamento dos prejuízos ao erário, caso verificada a ocorrência de superfaturamento por sobrepreço na execução do contrato.

## **7. ABERTURA DA SESSÃO, CLASSIFICAÇÃO DAS PROPOSTAS E FORMULAÇÃO DE LANCES**

7.1. A abertura da presente licitação dar-se-á automaticamente em sessão pública, por meio de sistema eletrônico, na data, horário e local indicados neste Edital.

7.2. Os licitantes poderão retirar ou substituir a proposta ou os documentos de habilitação, quando for o caso, anteriormente inseridos no sistema, até a abertura da sessão pública.

7.2.1. Será desclassificada a proposta que identifique o licitante.

7.2.2. A desclassificação será sempre fundamentada e registrada no sistema, com acompanhamento em tempo real por todos os participantes.

7.2.3. A não desclassificação da proposta não impede o seu julgamento definitivo em sentido contrário, levado a efeito na fase de aceitação.

7.3. O sistema ordenará automaticamente as propostas classificadas, sendo que somente estas participarão da fase de lances.

7.4. O sistema disponibilizará campo próprio para troca de mensagens entre o Agente de Licitação e os licitantes.

7.5. Iniciada a etapa competitiva, os licitantes deverão encaminhar lances exclusivamente por meio do sistema eletrônico, sendo imediatamente informados do seu recebimento e do valor consignado no registro.

7.6. O lance deverá ser ofertado pelo valor anual/total/unitário do item/grupo.

7.7. Os licitantes poderão oferecer lances sucessivos, observando o horário fixado para abertura da sessão e as regras estabelecidas neste Edital.

7.8. O licitante somente poderá oferecer lance de valor inferior ou percentual de desconto superior ao último por ele ofertado e registrado pelo sistema

7.9. O intervalo mínimo de diferença de valores ou percentuais entre os lances, que incidirá tanto em relação aos lances intermediários quanto em relação à proposta que cobrir a melhor oferta deverá ser de 1% (um por cento).

7.10. O licitante poderá, uma única vez, excluir seu último lance ofertado, no intervalo de quinze segundos após o registro no sistema, na hipótese de lance inconsistente ou inexequível.

7.11. O procedimento seguirá de acordo com o modo de disputa adotado.

7.12. Caso seja adotado para o envio de lances no pregão eletrônico o modo de disputa “aberto”, os licitantes apresentarão lances públicos e sucessivos, com prorrogações.

7.12.1. A etapa de lances da sessão pública terá duração de dez minutos e, após isso, será prorrogada automaticamente pelo sistema quando houver lance ofertado nos últimos dois minutos do período de duração da sessão pública.

7.12.2. A prorrogação automática da etapa de lances, de que trata o subitem anterior, será de dois minutos e ocorrerá sucessivamente sempre que houver lances enviados nesse período de prorrogação, inclusive no caso de lances intermediários.

7.12.3. Não havendo novos lances na forma estabelecida nos itens anteriores, a sessão pública encerrar-se-á automaticamente, e o sistema ordenará e divulgará os lances conforme a ordem final de classificação.

7.12.4. Definida a melhor proposta, se a diferença em relação à proposta classificada em segundo lugar for de pelo menos 5% (cinco por cento), o Agente de Licitação, auxiliado pela equipe de apoio, poderá admitir o reinício da disputa aberta, para a definição das demais colocações.

7.12.5. Após o reinício previsto no item supra, os licitantes serão convocados para apresentar lances intermediários.

7.13. Caso seja adotado para o envio de lances no pregão eletrônico o modo de disputa “aberto e fechado”, os licitantes apresentarão lances públicos e sucessivos, com lance final e fechado.

7.13.1. A etapa de lances da sessão pública terá duração inicial de quinze minutos. Após esse prazo, o sistema encaminhará aviso de fechamento iminente dos lances, após o que transcorrerá o período de tempo de até dez minutos, aleatoriamente determinado, findo o qual será automaticamente encerrada a recepção de lances.

7.13.2. Encerrado o prazo previsto no subitem anterior, o sistema abrirá oportunidade para que o autor da oferta de valor mais baixo e os das ofertas com preços até 10% (dez por cento) superiores àquela possam ofertar um lance final e fechado em até cinco minutos, o qual será sigiloso até o encerramento deste prazo.

7.13.3. No procedimento de que trata o subitem supra, o licitante poderá optar por manter o seu último lance da etapa aberta, ou por ofertar melhor lance.

7.13.4. Não havendo pelo menos três ofertas nas condições definidas neste item, poderão os autores dos melhores lances subsequentes, na ordem de classificação, até o máximo de três, oferecer um lance final e fechado em até cinco minutos, o qual será sigiloso até o encerramento deste prazo.

7.13.5. Após o término dos prazos estabelecidos nos itens anteriores, o sistema ordenará e divulgará os lances segundo a ordem crescente de valores.

7.14. Caso seja adotado para o envio de lances no pregão eletrônico o modo de disputa “fechado e aberto”, poderão participar da etapa aberta somente os licitantes que apresentarem a proposta de menor preço/ maior percentual de desconto e os das propostas até 10% (dez por cento) superiores/inferiores àquela, em que os licitantes apresentarão lances públicos e sucessivos, até o encerramento da sessão e eventuais prorrogações.

7.14.1. Não havendo pelo menos 3 (três) propostas nas condições definidas no item 7.14, poderão os licitantes que apresentaram as três melhores propostas, consideradas as empatadas, oferecer novos lances sucessivos.

7.14.2. A etapa de lances da sessão pública terá duração de dez minutos e, após isso, será prorrogada automaticamente pelo sistema quando houver lance ofertado nos últimos dois minutos do período de duração da sessão pública.

7.14.3. A prorrogação automática da etapa de lances, de que trata o subitem anterior, será de dois minutos e ocorrerá sucessivamente sempre que houver lances enviados nesse período de prorrogação, inclusive no caso de lances intermediários.

7.14.4. Não havendo novos lances na forma estabelecida nos itens anteriores, a sessão pública encerrar-se-á automaticamente, e o sistema ordenará e divulgará os lances conforme a ordem final de classificação.

7.14.5. Definida a melhor proposta, se a diferença em relação à proposta classificada em segundo lugar for de pelo menos 5% (cinco por cento), o Agente de Licitação, auxiliado pela equipe de apoio, poderá admitir o reinício da disputa aberta, para a definição das demais colocações.

7.14.6. Após o reinício previsto no subitem supra, os licitantes serão convocados para apresentar lances intermediários.

7.15. Após o término dos prazos estabelecidos nos subitens anteriores, o sistema ordenará e divulgará os lances segundo a ordem crescente de valores.

7.16. Não serão aceitos dois ou mais lances de mesmo valor, prevalecendo aquele que for recebido e registrado em primeiro lugar.

7.17. Durante o transcurso da sessão pública, os licitantes serão informados, em tempo real, do valor do menor lance registrado, vedada a identificação do licitante.

7.18. No caso de desconexão com o Agente de Licitação, no decorrer da etapa competitiva do Pregão, o sistema eletrônico poderá permanecer acessível aos licitantes para a recepção dos lances.

7.19. Quando a desconexão do sistema eletrônico para o Agente de Licitação persistir por tempo superior a dez minutos, a sessão pública será suspensa e reiniciada somente após decorridas vinte e quatro horas da comunicação do fato pelo Agente de Licitação aos participantes, no sítio eletrônico utilizado para divulgação.

7.20. Caso o licitante não apresente lances, concorrerá com o valor de sua proposta.

7.21. Em relação a itens não exclusivos para participação de microempresas e empresas de pequeno porte, uma vez encerrada a etapa de lances, será efetivada a verificação automática, junto à Receita Federal, do porte da entidade empresarial. O sistema identificará em coluna própria as microempresas e empresas de pequeno porte participantes, procedendo à comparação com os valores da primeira colocada, se esta for empresa de maior porte, assim como das demais classificadas, para o fim de aplicar-se o disposto nos arts. 44 e 45 da Lei Complementar n.º 123/2006, regulamentada pelo Decreto n.º 8.538/2015.

7.21.1. Nessas condições, as propostas de microempresas e empresas de pequeno porte que se encontrarem na faixa de até 5% (cinco por cento) acima da melhor proposta ou melhor lance serão consideradas empatadas com a primeira colocada.

7.21.2. A melhor classificada nos termos do subitem anterior terá o direito de encaminhar uma última oferta para desempate, obrigatoriamente em valor inferior ao da primeira colocada, no prazo de 5 (cinco) minutos controlados pelo sistema, contados após a comunicação automática para tanto.

7.21.3. Caso a microempresa ou a empresa de pequeno porte melhor classificada desista ou não se manifeste no prazo estabelecido, serão convocadas as demais licitantes microempresa e empresa de pequeno porte que se encontrem naquele intervalo de 5% (cinco por cento), na ordem de classificação, para o exercício do mesmo direito, no prazo estabelecido no subitem anterior.

7.21.4. No caso de equivalência dos valores apresentados pelas microempresas e empresas de pequeno porte que se encontrem nos intervalos estabelecidos nos subitens anteriores, será realizado sorteio entre elas para que se identifique aquela que primeiro poderá apresentar melhor oferta.

7.22. Só poderá haver empate entre propostas iguais (não seguidas de lances), ou entre lances finais da fase fechada do modo de disputa aberto e fechado.

7.22.1. Havendo eventual empate entre propostas ou lances, o critério de desempate será aquele previsto no art. 60 da Lei n.º 14.133/2021, nesta ordem:

7.22.1.1. disputa final, hipótese em que os licitantes empatados poderão apresentar nova proposta em ato contínuo à classificação;

7.22.1.2. avaliação do desempenho contratual prévio dos licitantes, para a qual deverão preferencialmente ser utilizados registros cadastrais para efeito de atesto de cumprimento de obrigações;

7.22.1.3. desenvolvimento pelo licitante de ações de equidade entre homens e mulheres no ambiente de trabalho, conforme regulamento;

7.22.1.4. desenvolvimento pelo licitante de programa de integridade, conforme orientações dos órgãos de controle;

7.22.2. Persistindo o empate, será assegurada preferência, sucessivamente, ao objeto executado por:

7.22.2.1. empresas brasileiras;

7.22.2.2. empresas que invistam em pesquisa e no desenvolvimento de tecnologia no País;

7.22.2.3. empresas que comprovem a prática de mitigação, nos termos da Lei n.º 12.187/2009.

7.23. Persistindo o empate, será realizado sorteio.

7.23.1. O sistema compras.gov.br irá realizar o sorteio de forma automática, verificando, primeiramente, se há

proponentes em situação de empate real e realizando, entre eles, o sorteio automático.

7.24. O valor estimado para a contratação será tornado público apenas e imediatamente após o encerramento do envio de lances, sem prejuízo da divulgação do detalhamento dos quantitativos e das demais informações necessárias à elaboração das propostas.

7.25. Encerrada a etapa de envio de lances da sessão pública, na hipótese da proposta do primeiro colocado permanecer acima dos preços máximos por grupo e por item ou inferior ao desconto definido para a contratação, o Agente de Licitação negociará com o primeiro colocado condições mais vantajosas.

7.25.1. A negociação poderá ser feita com os demais licitantes, segundo a ordem de classificação inicialmente estabelecida, quando o primeiro colocado, mesmo após a negociação, for desclassificado em razão de sua proposta permanecer acima dos preços máximos por grupo e por item definidos pela Ebserh.

7.25.2. A negociação será realizada por meio do sistema, podendo ser acompanhada pelos demais licitantes.

7.25.3. O resultado da negociação será divulgado a todos os licitantes e anexado aos autos do processo licitatório.

7.25.4. O Agente de Licitação solicitará ao licitante mais bem classificado que, **no prazo mínimo de 2 (duas) horas**, envie a proposta adequada ao último lance ofertado após a negociação realizada, acompanhada, se for o caso, dos documentos complementares, quando necessários à confirmação daqueles exigidos neste Edital e já apresentados.

7.25.5. É facultado ao Agente de Licitação prorrogar o prazo estabelecido, a partir de solicitação fundamentada feita no chat pelo licitante ou, quando não disponível, pelo endereço de e-mail constante no edital, antes de findo o prazo.

7.26. Se, depois de adotada a providência referida no item anterior, não for obtido valor igual ou inferior ao orçamento estimado para a contratação, será revogado o item ou a licitação.

7.27. Exitosa a negociação do preço, o Agente de Licitação iniciará a fase de julgamento.

## 8. FASE DE JULGAMENTO

8.1. O Agente de Licitação verificará se o licitante provisoriamente classificado em primeiro lugar atende às condições de participação no certame, especialmente quanto à existência de sanção que impeça a participação no certame ou a futura contratação, mediante a consulta aos seguintes cadastros:

a) Sicaf;

b) Consulta Consolidada de Pessoa Jurídica do TCU ([certidoes-apf.apps.tcu.gov.br](https://certidoes-apf.apps.tcu.gov.br)).

8.2. A consulta aos cadastros será realizada em nome da empresa licitante e também de seu sócio majoritário, por força da vedação de que trata o artigo 12 da Lei n.º 8.429/1992.

8.3. Caso se constate a existência das vedações transcritas nos itens 3.6.3.4, 3.6.3.5, 3.6.3.6, 3.6.3.7, 3.6.3.8 e 3.6.3.15, a inabilitação deverá ser precedida de realização de diligências para verificar se houve tentativa de fraude por parte das empresas apontadas, por meio dos vínculos societários, linhas de fornecimento similares, datas de abertura, dentre outros, sendo necessária a convocação do fornecedor para manifestação previamente à sua desclassificação.

8.4. Constatada a existência de vedação, o licitante será reputado inabilitado, por falta de condição de participação.

8.5. Caso o licitante provisoriamente classificado em primeiro lugar tenha se utilizado de algum tratamento favorecido às ME/EPPs, o Agente de Licitação verificará se faz jus ao benefício, em conformidade com os itens 3.5.1 e 5.6 deste edital.

8.6. Verificadas as condições de participação e de utilização do tratamento favorecido, o Agente de Licitação examinará a proposta classificada em primeiro lugar quanto à adequação ao objeto e à compatibilidade do preço para contratação neste Edital e em seus anexos, observado o disposto no artigo 29 a 35 da Instrução Normativa SEGES/MP n.º 3/2018.

8.7. Será desclassificada a proposta vencedora que:

8.7.1. contiver vícios insanáveis;

8.7.2. não obedecer às especificações técnicas contidas no Termo de Referência;

8.7.3. apresentar preços inexequíveis ou permanecerem acima do preço máximo definido para a contratação;

8.7.4. não tiverem sua exequibilidade demonstrada, quando exigido pela Ebserh;

8.7.5. apresentar desconformidade com quaisquer outras exigências deste Edital ou seus anexos, desde que insanável.

8.8. É indício de inexequibilidade das propostas valores inferiores a 50% (cinquenta por cento) do valor orçado pela Ebserh.

8.8.1. A inexequibilidade, na hipótese de que trata o caput, só será considerada após diligência do Agente de Licitação, que comprove:

8.8.1.1. que o custo do licitante ultrapassa o valor da proposta; e

8.8.1.2. inexistirem custos de oportunidade capazes de justificar o vulto da oferta.



8.9. A Ebserh poderá realizar diligências para aferir a efetividade das propostas ou exigir dos licitantes que ela seja demonstrada, bem como para facultar a correção de vícios sanáveis, sem que se prejudique a atribuição de tratamento isonômico entre os licitantes.

8.9.1. Qualquer interessado poderá requerer que se realizem diligências para aferir a exequibilidade e a legalidade das propostas, devendo apresentar as provas ou os indícios que fundamentam a suspeita.

8.9.2. São considerados vícios sanáveis, entre outros, os defeitos materiais atinentes à descrição do objeto da proposta e suas especificações técnicas, incluindo aspectos relacionados à execução do objeto, às formalidades, aos requisitos de representação, às planilhas de composição de preços, à inexecutabilidade ou ao valor excessivo de preços unitários quando o julgamento não é realizado sob o regime de empreitada por preço unitário e, de modo geral, aos documentos de conteúdo declaratório sobre situações preexistentes, desde que não alterem a substância da proposta.

8.10. O Agente de Licitação poderá convocar o licitante para enviar documento digital complementar, por meio de funcionalidade disponível no sistema, no prazo de, **no mínimo de 2 (duas) horas**, sob pena de não aceitação da proposta.

8.10.1. É facultado ao Agente de Licitação prorrogar o prazo estabelecido, a partir de solicitação fundamentada feita no chat pelo licitante ou, quando não disponível, pelo endereço de e-mail constante no edital, antes de findo o prazo.

8.11. Caso o Termo de Referência exija a apresentação de amostra, o licitante classificado em primeiro lugar deverá apresentá-la, conforme disciplinado no Termo de Referência, sob pena de não aceitação da proposta.

8.12. Por meio de mensagem no sistema, será divulgado o local e horário de realização do procedimento para a avaliação das amostras, cuja presença será facultada a todos os interessados, incluindo os demais licitantes.

8.13. Os resultados das avaliações serão divulgados por meio de mensagem no sistema.

8.14. No caso de não haver entrega da amostra ou ocorrer atraso na entrega, sem justificativa aceita pelo Agente de Licitação, ou havendo entrega de amostra fora das especificações previstas neste Edital, a proposta do licitante será recusada.

8.15. Se a(s) amostra(s) apresentada(s) pelo primeiro classificado não for(em) aceita(s), o Agente de Licitação analisará a aceitabilidade da proposta ou lance ofertado pelo segundo classificado. Seguir-se-á com a verificação da(s) amostra(s) e, assim, sucessivamente, até a verificação de uma que atenda às especificações constantes no Termo de Referência.

8.16. Caso o Termo de Referência defina a possibilidade de exigência de amostra no período de vigência do contrato ou da ata de registro de preços, será aplicado o procedimento previsto neste edital, no que couber.

8.17. Definido o resultado do julgamento, a Ebserh poderá negociar condições mais vantajosas com o primeiro colocado, observado o procedimento previsto no item 7.24.

8.18. Encerrada a negociação, será iniciado o procedimento de habilitação.

## **9. FASE DE HABILITAÇÃO**

9.1. Os documentos previstos neste Edital, necessários e suficientes para demonstrar a capacidade do licitante de realizar o objeto da licitação, serão exigidos para fins de habilitação, nos termos do 65 a 69 do RLCE 2.0.

9.2. Quando permitida a participação de empresas estrangeiras que não funcionem no País, as exigências de habilitação serão atendidas mediante documentos equivalentes, inicialmente apresentados em tradução para o português, salvo se comprovada a inidoneidade da entidade emissora.

9.2.1. Na hipótese de o licitante vencedor ser empresa estrangeira que não funcione no País, para fins de assinatura do contrato ou da ata de registro de preços, os documentos exigidos para a habilitação serão traduzidos por tradutor juramentado no País e apostilados nos termos do disposto no Decreto n.º 8.660, de 29 de janeiro de 2016, ou de outro que venha a substituí-lo, ou consularizados pelos respectivos consulados ou embaixadas.

9.3. Quando permitida a participação de consórcio de empresas, serão observadas as seguintes exigências:

9.3.1. comprovação de compromisso público ou particular de constituição de consórcio, subscrito pelos consorciados;

9.3.2. indicação de empresa líder do consórcio, que será responsável por sua representação perante a Ebserh;

9.3.3. admissão, para efeito de habilitação técnica, do somatório dos quantitativos de cada consorciado e, para efeito de habilitação econômico-financeira, do somatório dos valores de cada consorciado;

9.3.4. impedimento, na mesma licitação, de participação de empresa consorciada, isoladamente ou por meio de mais de um consórcio;

9.3.5. responsabilidade solidária dos integrantes pelos atos praticados em consórcio, tanto na fase de Seleção de Fornecedor quanto na de Gestão do Contrato;

9.3.6. habilitação técnica, quando exigida, por meio do somatório dos quantitativos de cada consorciado e, para efeito de habilitação econômico-financeira, quando exigida, por meio do somatório dos valores de cada consorciado;

9.3.6.1. se o consórcio não for formado integralmente por microempresas ou empresas de pequeno porte e o projeto básico/termo de referência exigir requisitos de habilitação econômico-financeira, haverá um acréscimo mínimo de 10%

para o consórcio em relação ao valor exigido para os licitantes individuais.

9.3.7. constituição e registro do consórcio, antes da celebração do contrato;

9.3.8. a substituição de consorciado deverá ser expressamente autorizada pela Ebserh e condicionada à comprovação de que a nova empresa do consórcio possui, no mínimo, os mesmos quantitativos para efeito de habilitação técnica e os mesmos valores para efeito de capacidade econômico-financeira apresentados pela empresa substituída para fins de habilitação do consórcio.

9.4. Quando permitida a participação de cooperativas, serão observadas as seguintes exigências complementares:

9.4.1. a relação dos cooperados que atendem aos requisitos técnicos exigidos para a contratação e que executarão o contrato, com as respectivas atas de inscrição e a comprovação de que estão domiciliados na localidade da sede da cooperativa, respeitado o disposto nos arts. 4º, inciso XI, 21, inciso I e 42, §§ 2º a 6º da Lei n.º 5.764/1971;

9.4.2. a declaração de regularidade de situação do contribuinte individual - DRSCI, para cada um dos cooperados indicados;

9.4.3. o registro previsto no art. 107 da Lei n.º 5.764/1971;

9.4.4. a comprovação de integração das respectivas quotas-partes por parte dos cooperados que executarão o contrato;

9.4.5. os seguintes documentos para a comprovação da regularidade jurídica da cooperativa: a) ata de fundação; b) estatuto social com a ata da assembleia que o aprovou; c) regimento dos fundos instituídos pelos cooperados, com a ata da assembleia; d) editais de convocação das três últimas assembleias gerais extraordinárias; e) três registros de presença dos cooperados que executarão o contrato em assembleias gerais ou nas reuniões seccionais; e f) ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto da licitação; e

9.4.6. a última auditoria contábil-financeira da cooperativa, conforme dispõe o art. 112 da Lei n.º 5.764/1971 ou uma declaração, sob as penas da lei, de que tal auditoria não foi exigida pelo órgão fiscalizador.

9.5. Os documentos exigidos para fins de habilitação poderão ser apresentados em original ou por cópia.

9.6. Os documentos exigidos para fins de habilitação poderão ser substituídos por registro cadastral emitido pela Ebserh, desde que o registro tenha sido feito em obediência ao disposto no RLCE 2.0.

9.7. Será verificado se o licitante apresentou declaração de que atende aos requisitos de habilitação, e o declarante responderá pela veracidade das informações prestadas, na forma da lei.

9.8. Será verificado se o licitante apresentou no sistema, sob pena de inabilitação, a declaração de que cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas.

9.9. O licitante deverá apresentar, sob pena de desclassificação, declaração de que suas propostas econômicas compreendem a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas.

9.10. Quando a avaliação prévia do local de execução for considerada, conforme previsão do Termo de Referência, imprescindível para o conhecimento pleno das condições e peculiaridades do objeto a ser contratado, o licitante deve atestar, sob pena de inabilitação, que conhece o local e as condições de realização do serviço, assegurado a ele o direito de realização de vistoria prévia.

9.10.1. O licitante que optar por realizar vistoria prévia terá disponibilizado pela Ebserh data e horário exclusivos, a ser agendado conforme Termo de Referência, de modo que seu agendamento não coincida com o agendamento de outros licitantes.

9.10.2. Caso o licitante opte por não realizar vistoria prévia, poderá substituí-la por declaração formal assinada pelo seu responsável técnico acerca do conhecimento pleno das condições e peculiaridades da contratação.

9.11. A habilitação será verificada por meio do Sicaf, nos documentos por ele abrangidos.

9.11.1. Somente haverá a necessidade de comprovação do preenchimento de requisitos mediante apresentação dos documentos originais não-digitais quando houver dúvida em relação à integridade do documento digital ou quando a lei expressamente o exigir. (Instrução Normativa SEGES/MP n.º 3/2018, art. 4º, §1º, e art. 6º, §4º).

9.12. É de responsabilidade do licitante, sob pena de desclassificação, conferir a exatidão dos seus dados cadastrais no Sicaf e mantê-los atualizados junto aos órgãos responsáveis pela informação, devendo proceder, imediatamente, à correção ou à alteração dos registros tão logo identifique incorreção ou aqueles se tornem desatualizados. (Instrução Normativa SEGES/MP n.º 3/2018, art. 7º, caput).

9.13. A verificação pelo Agente de Licitação, em sítios eletrônicos oficiais de órgãos e entidades emissores de certidões constitui meio legal de prova, para fins de habilitação.

9.13.1. Os documentos exigidos para habilitação que não estejam contemplados no Sicaf serão enviados por meio do sistema, em formato digital, no prazo de 2 horas, prorrogável por igual período, contado da solicitação do Agente de Licitação, a partir de solicitação fundamentada feita no chat pelo licitante ou, quando não disponível, pelo endereço de e-mail constante no edital, antes de findo o prazo.

9.13.2. Na hipótese de a fase de habilitação anteceder a fase de apresentação de propostas e lances, os licitantes encaminharão, por meio do sistema, simultaneamente os documentos de habilitação e a proposta com o preço ou o percentual de desconto, observado o disposto no art. 36, § 1º, e no art. 39, § 1º, da Instrução Normativa SEGES/ME n.º 73/2022.

9.14. A verificação no Sicaf ou a exigência dos documentos nele não contidos somente será feita em relação ao licitante vencedor.

9.14.1. Os documentos relativos à regularidade fiscal somente serão exigidos, em qualquer caso, em momento posterior ao julgamento das propostas, e apenas do licitante mais bem classificado.

9.14.2. Respeitada a exceção do subitem anterior, relativa à regularidade fiscal, quando a fase de habilitação anteceder as fases de apresentação de propostas e lances e de julgamento, a verificação ou exigência do presente subitem ocorrerá em relação a todos os licitantes.

9.15. Após a entrega dos documentos para habilitação, não será permitida a substituição ou a apresentação de novos documentos, salvo em sede de diligência, para (art. 66 do RLCE 2.0 e art. 39, § 4º, da Instrução Normativa SEGES/ME n.º 73/2022):

9.15.1. atestar condição pré-existente à abertura da sessão pública do certame;

9.15.2. complementação de informações acerca dos documentos já apresentados pelos licitantes e desde que necessária para apurar fatos existentes à época da abertura do certame; e

9.15.3. atualização de documentos cuja validade tenha expirado após a data de recebimento das propostas.

9.16. Na análise dos documentos de habilitação, o Agente de Licitação poderá sanar erros ou falhas que não alterem a substância dos documentos e sua validade jurídica, mediante decisão fundamentada, registrada em ata e acessível a todos, atribuindo-lhes eficácia para fins de habilitação e classificação.

9.17. Na hipótese de o licitante não atender às exigências para habilitação, o Agente de Licitação examinará a proposta subsequente e assim sucessivamente, na ordem de classificação, até a apuração de uma proposta que atenda ao presente edital, observado o prazo disposto no subitem 9.13.1.

9.18. Serão disponibilizados para acesso público os documentos de habilitação dos licitantes convocados para a apresentação da documentação habilitatória, após concluídos os procedimentos de que trata o item 9.16.

9.19. A comprovação de regularidade fiscal e trabalhista das microempresas e das empresas de pequeno porte somente será exigida para efeito de contratação, e não como condição para participação na licitação (art. 4º do Decreto n.º 8.538/2015).

9.20. Quando a fase de habilitação anteceder a de julgamento e já tiver sido encerrada, não caberá exclusão de licitante por motivo relacionado à habilitação, salvo em razão de fatos supervenientes ou só conhecidos após o julgamento.

9.21. No caso de inhabilitação, haverá nova verificação, pelo sistema, da eventual ocorrência do empate ficto, previsto nos arts. 44 e 45 da Lei Complementar n.º 123/2006, seguindo-se a disciplina antes estabelecida para aceitação da proposta subsequente.

9.22. Não serão aceitos documentos de habilitação com indicação de CNPJ/CPF diferentes, salvo aqueles legalmente permitidos.

9.23. Se o licitante for a matriz, todos os documentos deverão estar em nome da matriz, e se o licitante for a filial, todos os documentos deverão estar em nome da filial, exceto aqueles documentos que, pela própria natureza, comprovadamente, forem emitidos somente em nome da matriz.

9.23.1. Serão aceitos registros de CNPJ de licitante matriz e filial com diferenças de números de documentos pertinentes ao CND e ao CRF/FGTS, quando for comprovada a centralização do recolhimento dessas contribuições.

9.24. Os documentos a serem apresentados para a comprovação da habilitação jurídica são os seguintes:

9.24.1. No caso de empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;

9.24.2. Em se tratando de microempreendedor individual - MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio eletrônico [www.gov.br/empresas-e-negocios/pt-br/empreendedor](http://www.gov.br/empresas-e-negocios/pt-br/empreendedor);

9.24.3. No caso de sociedade empresária: ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado na Junta Comercial da respectiva sede, acompanhado de documento comprobatório de seus administradores;

9.24.4. No caso de sucursal, filial ou agência: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera, com averbação no Registro onde tem sede a matriz;

9.24.5. No caso de sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de prova da indicação dos seus administradores;

9.24.6. No caso de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no País: decreto de autorização;

9.24.7. No caso de cooperativa: ata de fundação e estatuto social em vigor, com a ata da assembleia que o aprovou, devidamente arquivado na Junta Comercial ou inscrito no Registro Civil das Pessoas Jurídicas da respectiva sede, bem como o registro de que trata o art. 107 da Lei n.º 5.764/1971;

9.24.8. No caso de agricultor familiar: Declaração de Aptidão ao Pronaf – DAP ou DAP-P válida, ou, ainda, outros documentos definidos pela Secretaria Especial de Agricultura Familiar e do Desenvolvimento Agrário, nos termos do art. 4º, § 2º, do Decreto n.º 7.775/2012.

9.24.9. Os documentos acima deverão estar acompanhados de todas as alterações relevantes ao objeto desta Licitação e à composição societária atual da empresa ou da última consolidação.

9.25. Os documentos a serem apresentados para a comprovação da habilitação fiscal, seguridade social e trabalhista são os seguintes:

9.25.1. prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas ou no Cadastro de Pessoas Físicas, conforme o caso;

9.25.2. prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual e/ou municipal, se houver, relativo ao domicílio ou sede do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto contratual;

9.25.3. prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta n.º 1.751/2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional.

9.25.4. prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao FGTS, que demonstre cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;

9.25.5. prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a justiça do trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 5.452/1943;

9.25.6. cumprimento do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal.

9.26. Os documentos a serem apresentados para a comprovação da capacidade econômico-financeira são os seguintes:

9.26.1. certidão negativa de feitos sobre falência expedida pelo distribuidor da sede do licitante;

9.26.2. balanço patrimonial, demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis dos 2 (dois) últimos exercícios sociais, comprovando:

9.26.2.1. a aptidão econômica do licitante para cumprir as obrigações decorrentes desta contratação será verificada mediante a obtenção de índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), superiores a 1 (um) resultantes da aplicação das fórmulas:

$$LG = \text{Ativo Circulante} + \text{Realizável a Longo Prazo} / \text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}$$

$$SG = \text{Ativo Total} / \text{Passivo Circulante} + \text{Passivo Não Circulante}$$

$$LC = \text{Ativo Circulante} / \text{Passivo Circulante}$$

9.26.2.2. no caso de fornecimento de bens para pronta entrega, não será exigido do licitante qualificado como microempresa ou empresa de pequeno porte, a apresentação de balanço patrimonial do último exercício financeiro. (art. 3º do Decreto n.º 8.538/2015);

9.26.2.3. as empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura;

9.26.2.4. é admissível o balanço intermediário, se decorrer de lei ou contrato social/estatuto social;

9.26.2.5. os documentos referidos acima limitar-se-ão ao último exercício no caso de a pessoa jurídica ter sido constituída há menos de 2 (dois) anos.

9.26.2.6. os documentos referidos acima deverão ser exigidos com base no limite definido pela Receita Federal do Brasil para transmissão da Escrituração Contábil Digital - ECD ao Sped.

9.26.2.7. as empresas que apresentarem resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), deverão comprovar o capital mínimo ou o patrimônio líquido mínimo de 10% do valor da proposta apresentada para a contratação ou item pertinente.

9.26.3. apresentação de declaração, assinada por profissional habilitado da área contábil, que ateste o atendimento pelo licitante dos índices econômicos previstos no edital;

9.26.4. exigência da relação dos compromissos assumidos pelo licitante que importem diminuição de sua capacidade econômico-financeira, excluídas parcelas já executadas de contratos firmados;

9.27. Os documentos a serem apresentados para a comprovação da qualificação técnico-profissional e/ou técnico-operacional serão listados, caso exigidos, no documento TERMO DE REFERÊNCIA, anexo à este edital.

9.28. O licitante enquadrado como microempreendedor individual que pretenda auferir os benefícios do tratamento diferenciado previstos na Lei Complementar n.º 123/2006, estará dispensado da prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual.

9.29. A declaração do vencedor acontecerá no momento imediatamente posterior à fase de habilitação.

9.29.1. A existência de restrição relativamente à regularidade fiscal e trabalhista não impede que o licitante qualificado como microempresa ou empresa de pequeno porte seja declarada vencedora, uma vez que atenda a todas as demais exigências do Edital.

9.30. Caso a proposta mais vantajosa seja ofertada por licitante qualificado como microempresa ou empresa de pequeno porte, e uma vez constatada a existência de alguma restrição no que tange à regularidade fiscal e trabalhista, ele será convocado para, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, após a declaração do vencedor, comprovar a regularização. O prazo poderá ser prorrogado por igual período, a critério da Ebserh, quando requerida pelo licitante, mediante apresentação de justificativa.

9.31. A não-regularização fiscal e trabalhista no prazo previsto no item anterior acarretará a decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital, sendo facultada a convocação dos licitantes remanescentes, na ordem de classificação. Se, na ordem de classificação, seguir-se outra microempresa, empresa de pequeno porte ou sociedade cooperativa com alguma restrição na documentação fiscal e trabalhista, será concedido o mesmo prazo para regularização.

9.32. Havendo necessidade de analisar minuciosamente os documentos exigidos, o Agente de Licitação suspenderá a sessão, informando no chat a nova data e horário para a continuidade.

9.33. Será inabilitado o licitante que não comprovar sua habilitação, seja por não apresentar quaisquer dos documentos exigidos, ou apresentá-los em desacordo com o estabelecido neste Edital.

9.33.1. O licitante será convocado para manifestação previamente à sua inabilitação.

9.33.2. Não atendidas as exigências de habilitação pelo licitante, o Agente de Licitação examinará a proposta subsequente e assim sucessivamente, na ordem de classificação, até a apuração de uma proposta que atenda aos requisitos deste Edital.

9.34. O licitante provisoriamente vencedor em um item, que estiver concorrendo em outro item, ficará obrigado a comprovar os requisitos de habilitação cumulativamente, isto é, somando as exigências do item em que venceu às do item em que estiver concorrendo, e assim sucessivamente, sob pena de inabilitação, além da aplicação das sanções cabíveis.

9.34.1. Não havendo a comprovação cumulativa dos requisitos de habilitação, a inabilitação recairá sobre o(s) item(ns) de menor(es) valor(es) cuja retirada(s) seja(m) suficiente(s) para a habilitação do licitante nos remanescentes.

9.35. Constatado o atendimento às exigências de habilitação, será realizada consulta ao Cadin, sendo que a existência de registro constitui fator impeditivo para que o licitante seja declarado vencedor, nos termos do art. 6º, inciso III, e art. 6º-A, da Lei n.º 10.522/2002.

9.35.1. Pode ser realizada diligência para oportunizar a comprovação de regularização da situação que deu causa à inclusão no Cadin, nos termos do art. 2º, §§ 5º e 6º, da Lei n.º 10.522/2002.

9.36. Inexistindo registro no Cadin ou comprovada a regularização da situação que deu causa ao registro, será o licitante declarado vencedor.

## **10. RECURSOS**

10.1. A interposição de recurso referente ao julgamento das propostas, à habilitação ou inabilitação de licitantes, à anulação ou revogação da licitação, observará o disposto no art. 165 da Lei n.º 14.133/2021.

10.2. O prazo recursal é de 3 (três) dias úteis, contados da data de intimação ou de lavratura da ata.

10.3. Quando o recurso apresentado impugnar o julgamento das propostas ou o ato de habilitação ou inabilitação do licitante:

10.3.1. a intenção de recorrer deverá ser manifestada durante o prazo concedido na sessão pública, não inferior a 10 minutos, de forma imediata após o término do julgamento das propostas e do ato de habilitação ou inabilitação, em campo próprio do sistema, sob pena de preclusão;

10.3.2. o prazo para apresentação das razões recursais será iniciado na data de intimação ou de lavratura da ata de habilitação ou inabilitação;

10.3.3. na hipótese de adoção da inversão de fases, o prazo para apresentação das razões recursais será iniciado na data de intimação da ata de julgamento.

10.4. Os recursos deverão ser encaminhados em campo próprio do sistema.

10.5. O recurso será dirigido à autoridade que tiver editado o ato ou proferido a decisão recorrida, a qual poderá reconsiderar sua decisão no prazo de 3 (três) dias úteis, ou, nesse mesmo prazo, encaminhar recurso para a autoridade superior, a qual deverá proferir sua decisão no prazo de 10 (dez) dias úteis, contado do recebimento dos autos.

10.5.1. Os prazos previstos neste item podem ser prorrogados, de forma excepcional, por decisão fundamentada da autoridade competente.

10.6. Os recursos interpostos fora do prazo não serão conhecidos.

10.7. O prazo para apresentação de contrarrazões ao recurso pelos demais licitantes será de 3 (três) dias úteis, contados da data da intimação pessoal ou da divulgação da interposição do recurso, assegurada a vista imediata dos elementos indispensáveis à defesa de seus interesses.

10.8. O recurso e o pedido de reconsideração terão efeito suspensivo do ato ou da decisão recorrida até que sobrevenha decisão final da autoridade competente.

10.9. O acolhimento do recurso invalida tão somente os atos insuscetíveis de aproveitamento.

10.10. Os autos do processo permanecerão com vista franqueada aos interessados no sítio eletrônico <https://sei.ebserh.gov.br>

## **11. ENCERRAMENTO DA LICITAÇÃO**

11.1. Encerradas as fases de julgamento e habilitação, e exauridos os recursos administrativos, o processo licitatório será encaminhado ao Diretor de Administração e Infraestrutura, no caso da Administração Central, ou ao Gerente Administrativo, no caso das unidades hospitalares, que poderá:

11.1.1. determinar o retorno dos autos para saneamento de irregularidades;

11.1.2. revogar a licitação por motivo de conveniência e oportunidade;

11.1.3. proceder à anulação da licitação, de ofício ou mediante provocação de terceiros, sempre que presente ilegalidade insanável;

11.1.4. adjudicar o objeto e homologar a licitação.

11.2. Nos casos de anulação e revogação, deverá ser assegurada a prévia manifestação dos interessados.

## **12. ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**

12.1. Homologado o resultado da licitação, o licitante mais bem classificado terá o prazo de 5 (cinco) dias, contados a partir da data de sua convocação, para assinar a Ata de Registro de Preços, cujo prazo de validade encontra-se nela fixado, sob pena de decadência do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas no RLCE 2.0.

12.2. O prazo de convocação poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, mediante solicitação do licitante mais bem classificado, desde que:

12.2.1. a solicitação seja devidamente justificada e apresentada dentro do prazo; e

12.2.2. a justificativa apresentada seja aceita pela Administração.

12.3. A ata de registro de preços será assinada por meio de assinatura digital e disponibilizada no sistema de registro de preços.

12.4. Serão formalizadas tantas Atas de Registro de Preços quantas forem necessárias para o registro de todos os itens constantes no Termo de Referência, com a indicação do licitante vencedor, a descrição do(s) item(ns), as respectivas quantidades, preços registrados e demais condições.

12.5. O preço registrado, com a indicação dos fornecedores, será divulgado no PNCP e disponibilizado durante a vigência da ata de registro de preços.

12.6. A existência de preços registrados implicará compromisso de fornecimento nas condições estabelecidas, mas não obrigará a Administração a contratar, facultada a realização de licitação específica para a aquisição pretendida, desde que devidamente justificada.

12.7. Na hipótese de o convocado não assinar a ata de registro de preços no prazo e nas condições estabelecidas, fica facultado à Administração convocar os licitantes remanescentes do cadastro de reserva, na ordem de classificação, para fazê-lo em igual prazo e nas condições propostas pelo primeiro classificado.

## **13. FORMAÇÃO DO CADASTRO DE RESERVA**

13.1. Após a homologação da licitação, será incluído na ata, na forma de anexo, o registro dos licitantes que:

13.1.1. aceitarem cotar o objeto com preço igual ao do adjudicatário, observada a classificação na licitação; e

13.1.2. mantiverem sua proposta original.

13.2. Será respeitada, nas contratações, a ordem de classificação dos licitantes registrados na ata.

13.2.1. A apresentação de novas propostas na forma deste item não prejudicará o resultado do certame em relação ao licitante mais bem classificado.

13.2.2. Para fins da ordem de classificação, os licitantes que aceitarem cotar o objeto com preço igual ao do

adjudicatário antecederão aqueles que mantiverem sua proposta original.

13.3. A habilitação dos licitantes que comporão o cadastro de reserva será efetuada quando houver necessidade de contratação dos licitantes remanescentes, nas seguintes hipóteses:

13.3.1. quando o licitante vencedor não assinar a ata de registro de preços no prazo e nas condições estabelecidos neste edital; ou

13.3.2. quando houver o cancelamento do registro do fornecedor ou do registro de preços, nas hipóteses previstas nos arts. 28 e 29 do Decreto nº 11.462/2023.

13.4. Na hipótese de nenhum dos licitantes que aceitaram cotar o objeto com preço igual ao do adjudicatário concordar com a contratação em igual prazo e nas condições propostas pelo primeiro classificado, a Administração, observados o valor estimado e a sua eventual atualização na forma prevista neste edital, poderá:

13.4.1. convocar os licitantes que mantiveram sua proposta original para negociação, na ordem de classificação, com vistas à obtenção de preço melhor, mesmo que acima do preço do adjudicatário; ou

13.4.2. adjudicar e firmar o contrato nas condições ofertadas pelos licitantes remanescentes, observada a ordem de classificação, quando frustrada a negociação de melhor condição.

#### **14. TERMO DE CONTRATO OU INSTRUMENTO EQUIVALENTE**

14.1. Após a homologação da licitação, em sendo realizada a contratação, será firmado Termo de Contrato ou emitido instrumento equivalente.

14.2. O adjudicatário terá o prazo de 5 (CINCO) dias úteis, contados a partir da data de sua convocação, para assinar o Termo de Contrato ou aceitar instrumento equivalente, conforme o caso, sob pena de decair do direito à contratação, sem prejuízo das sanções previstas neste Edital.

14.2.1. Alternativamente à convocação para comparecer perante o órgão ou entidade para a assinatura do Termo de Contrato ou aceite do instrumento equivalente, a Ebserh poderá encaminhá-lo para assinatura ou aceite da adjudicatária, mediante correspondência postal com aviso de recebimento (AR) ou meio eletrônico, para que seja assinado ou aceito no prazo de 5 (CINCO) dias, a contar da data de seu recebimento.

14.2.2. O prazo de convocação poderá ser prorrogado 1 (uma) vez, por igual período, por solicitação justificada do adjudicatário e aceita pela Ebserh.

14.3. O Aceite da Nota de Empenho ou do instrumento equivalente, emitida à empresa adjudicada, implica o reconhecimento de que:

14.3.1. referida Nota está substituindo o contrato;

14.3.2. a contratada se vincula à sua proposta e às previsões contidas no Edital e seus Anexos;

14.3.3. a contratada reconhece que as hipóteses de rescisão são aquelas previstas nos arts. 183 e 184 do RLCE 2.0.

14.4. Previamente à contratação, a Ebserh realizará consulta ao Sicafe para identificar possível suspensão temporária de participação em licitação, no âmbito da Ebserh, proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas, observado o disposto no art. 29 da Instrução Normativa SEGES/MP nº 03/2018 e, nos termos do art. 6º, inciso III, da Lei nº 10.522/2002, consulta prévia ao CADIN.

14.4.1. Nos casos em que houver necessidade de assinatura do instrumento de contrato, e o fornecedor não estiver inscrito no Sicafe, este deverá proceder ao seu cadastramento, sem ônus, antes da contratação.

14.4.2. Na hipótese de irregularidade do registro no Sicafe, o contratado deverá regularizar a sua situação perante o cadastro no prazo de até 05 (cinco) dias úteis, sob pena de aplicação das penalidades previstas no Edital e Anexos.

14.4.3. A existência de registro no Cadin constitui fator impeditivo para a celebração do contrato ou instrumento equivalente, nos termos do art. 6º, inciso III, e art. 6º-A, da Lei nº 10.522/2002.

14.4.4. Pode ser realizada diligência para oportunizar a comprovação de regularização da situação que deu causa à inclusão no Cadin, nos termos do art. 2º, §§ 5º e 6º, da Lei nº 10.522/2002.

14.5. Na assinatura do contrato ou, se for o caso, da ata de registro de preços, será exigida a comprovação das condições de habilitação consignadas no Edital, que deverão ser mantidas pelo licitante durante a sua vigência.

14.6. Na hipótese de o vencedor da licitação se recusar a assinar o contrato ou, se for o caso, a ata de registro de preços, a Ebserh, poderá revogar a licitação ou convocar outro licitante, respeitada a ordem de classificação, para fazê-lo em igual prazo e nas mesmas condições propostas pelo primeiro classificado, inclusive quanto aos preços atualizados em conformidade com este instrumento convocatório.

14.6.1. Os licitantes convocados terão, em momento anterior à assinatura do contrato ou, se for o caso, da ata de registro de preços, as suas propostas e eventuais documentos complementares analisados, negociarão sua proposta com a Ebserh, bem como deverão comprovar os requisitos para habilitação.

14.6.2. A recusa injustificada do adjudicatário em assinar o contrato ou em aceitar ou retirar o instrumento equivalente no prazo estabelecido pela Ebserh caracterizará descumprimento total da obrigação assumida e o sujeitará às

penalidades estabelecidas neste instrumento convocatório e à imediata perda da garantia de proposta, quando exigida, em favor da Ebserh.

## **15. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

15.1. Comete infração administrativa, sujeita à sanção de suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Ebserh, sem prejuízo de responsabilidade civil e criminal, o licitante que:

15.1.1. tenha praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;

15.1.2. demonstre não possuir idoneidade para contratar com a Ebserh em virtude de atos ilícitos praticados;

15.1.3. convocado dentro do prazo de validade da sua proposta ou, se for o caso, da ata de registro de preços, não celebrar o contrato;

15.1.4. deixar de entregar a documentação exigida para o certame;

15.1.5. apresentar documentação falsa exigida para o certame;

15.1.6. ensejar o retardamento da execução do objeto da licitação;

15.1.7. não mantiver a proposta; e

15.1.8. comportar-se de modo inidôneo, inclusive com a prática de atos lesivos à Administração Pública previstos na Lei n.º 12.846/2013.

15.2. As sanções do item anterior também se aplicam aos integrantes do cadastro de reserva, em pregão para registro de preços, que, convocados, não honrarem o compromisso assumido injustificadamente.

15.3. A aplicação das sanções realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o devido processo legal ao licitante, observando-se o procedimento previsto na Lei n.º 13.303/2016, no RLCE 2.0, na Norma Operacional - SEI n.º 7/2023/DAI-EBSERH, aplicando-se subsidiariamente a Lei n.º 9.784/1999.

15.4. A autoridade competente para a aplicação das sanções levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Ebserh, observados os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade.

15.5. Se, durante o processo de aplicação de penalidade, for identificada a prática de infração administrativa tipificada pela Lei n.º 12.846/2013, será aberto processo relacionado para levantamento preliminar dos indícios vislumbrados, com elaboração de relatório circunstanciado acerca do tema e posterior remessa à Corregedoria-Geral para tratamento nos termos do Decreto n.º 11.129/2022.

15.5.1. O processamento do PAR ou a negociação de acordo de leniência não interfere no seguimento regular dos processos administrativos específicos para apuração da ocorrência de danos e prejuízos à administração pública federal resultantes de ato lesivo cometido por pessoa jurídica, com ou sem a participação de agente público.

15.6. Após o trânsito em julgado do processo, as sanções administrativas aplicadas pela Ebserh deverão ser registradas e publicadas no Sicaf. Quando a sanção aplicada decorrer de Processo Administrativo de Responsabilização - PAR, os dados relativos à penalidade deverão ser incluídos no Cadastro Nacional de Empresas Punidas, de que trata a Lei n.º 12.846/2013.

15.7. As sanções por atos praticados no decorrer da contratação estão previstas no termo de referência, anexo a este Edital.

## **16. DISPOSIÇÕES GERAIS**

16.1. Será divulgada ata da sessão pública no sistema eletrônico.

16.2. Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização do certame na data marcada, a sessão será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, no mesmo horário anteriormente estabelecido, desde que não haja comunicação em contrário, pelo Agente de Licitação.

16.3. Todas as referências de tempo no Edital, no aviso e durante a sessão pública observarão o horário de Brasília - DF.

16.4. As normas disciplinadoras da licitação serão sempre interpretadas em favor da ampliação da disputa entre os interessados, desde que não comprometam o interesse da Ebserh, o princípio da isonomia, a finalidade e a segurança da contratação.

16.5. Os licitantes assumem todos os custos de preparação e apresentação de suas propostas e a Ebserh não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do processo licitatório.

16.6. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus Anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente na unidade da Ebserh responsável pela licitação.

16.7. O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará o afastamento do licitante, desde que seja possível o aproveitamento do ato, observados os princípios da isonomia e do interesse público.

16.8. Em caso de divergência entre disposições deste Edital e de seus Anexos ou demais peças que compõem o



processo, prevalecerá as do Termo de Referência.

16.9. O Edital está disponibilizado, na íntegra, no Portal da Ebserh e no endereço eletrônico <http://www2.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/licitacoes-e-contratacoes/licitacoes>

16.10. Integram este Edital, para todos os fins e efeitos, os seguintes Anexos:

- ANEXO I - Declaração de Inexistência de Impedimentos.
- ANEXO II - Formulário de Informações da Licitante
- ANEXO III - Modelo de Ata de Registro de Preços;
- ANEXO IV - Termo de Referência e seus respectivos anexos;
- ANEXO V - REQUISITOS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO
- Anexo VI-Termo de Aceitação
- ANEXO VII- Minuta de Termo de Comodato

....., .....de ..... de .....

Assinatura da autoridade competente

## **ANEXO I - DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IMPEDIMENTOS**

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, declara para fins do disposto no Art. 38 da Lei 13.303/2016 e no Art. 69 do Regulamento de Licitações e Contratos da EBSEH 2.0, que NÃO se enquadra nas condições de impedimento estabelecidas abaixo:

Art. 69 Estará impedida de participar de licitações e de ser contratada pela Ebserh a empresa:

- I - suspensão no âmbito da Rede Ebserh;
- II - declarada inidônea pela União, por Estado ou pelo Distrito Federal, enquanto perdurarem os efeitos da sanção;
- III - impedida de licitar e de contratar com a União;
- IV - constituída por sócio de empresa que estiver suspensa, impedida ou declarada inidônea;
- V - cujo administrador seja sócio de empresa suspensa, impedida ou declarada inidônea;
- VI - constituída por sócio que tenha sido sócio ou administrador de empresa suspensa, impedida ou declarada inidônea, no período dos fatos que deram ensejo à sanção;
- VII - cujo administrador tenha sido sócio ou administrador de empresa suspensa, impedida ou declarada inidônea, no período dos fatos que deram ensejo à sanção;
- VIII - que tiver, nos seus quadros de diretoria, pessoa que participou, em razão de vínculo de mesma natureza, de empresa declarada inidônea;
- IX - cujo administrador ou sócio detentor de mais de 5% (cinco por cento) do capital social seja integrante de órgão estatutário, empregado, servidor cedido ou em exercício na Ebserh;
- X - cujo administrador ou sócio detentor de mais de 5% (cinco por cento) do capital social seja integrante do Ministério da Educação ou de Instituições Federais de Ensino Superior e congêneres signatárias de contratos de gestão com a Ebserh.

§ 1º Aplica-se a vedação prevista no caput:

I - à contratação, como pessoa física ou em procedimentos licitatórios, na condição de licitante, de integrante de órgão estatutário, empregado, servidor cedido ou em exercício na Ebserh, bem como de integrante do Ministério da Educação ou de Instituições Federais de Ensino e congêneres signatários de contratos de gestão com a Ebserh;

II - a quem tenha relação de parentesco, até o terceiro grau civil, com:

- a) integrantes de órgãos estatutários da Ebserh;
- b) empregado, servidor cedido ou em exercício na Ebserh cujas atribuições envolvam a atuação na área responsável pela licitação ou estejam envolvidos no respectivo processo de contratação;
- c) autoridade do Ministério da Educação;
- d) autoridade das Instituições Federais de Ensino Superior e congêneres signatárias de contratos de gestão com a Ebserh.

III - cujo proprietário, mesmo na condição de sócio, tenha terminado seu prazo de gestão ou rompido seu vínculo com a Ebserh há menos de 6 (seis) meses.

\_\_\_\_\_ - \_\_, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Representante Legal

## ANEXO II: FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DA LICITANTE

**No. do Pregão Eletrônico:** 143/2025

Prezado(a) Licitante.

Pedimos que preencha as informações solicitadas abaixo para facilitar o processo de elaboração de eventuais **documentos**, assim como para a construção e manutenção de uma base de dados cadastrais das empresas licitantes participantes dos Pregões do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM-UFSM).

Enviar as informações por e-mail para [pregoes.husm-ufsm@ebserh.gov.br](mailto:pregoes.husm-ufsm@ebserh.gov.br)

Nome da Empresa: ...

CNPJ: ...

Endereço (completo e atualizado): ...

CEP: ...

Cidade: ...

Estado: ...

Telefone (atualizado): ...

E-mail p/ Licitações (atualizado ...

Nome do Representante Legal\* : ...

CPF: ...

RG: ...

\* Nome da pessoa responsável pela assinatura de eventuais Atas de Registro de Preço e/ou Contratos.

## DADOS BANCÁRIOS DA EMPRESA

No. Código do Banco: ...

Nome do Banco: ...

No. Agência Bancária: ...

Nome da Agência Bancária: ...

**IMPORTANTE:** Tendo em vista que os processos desta instituição são eletrônicos, inclusive a assinatura de Atas/Contratos, e com o intuito de agilizar essa etapa do certame, solicitamos que acessem o link [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=usuario\\_externo\\_logar&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=usuario_externo_logar&id_orgao_acesso_externo=0) para realizar o cadastro da empresa e do responsável legal para assinatura de Ata/Contrato deste certame, caso sua empresa seja declarada vencedora.

Após a realização do cadastro (ou se a empresa e o representante legal já forem cadastrados) é imprescindível comunicar esta instituição através do e-mail [pregoes.husm-ufsm@ebserh.gov.br](mailto:pregoes.husm-ufsm@ebserh.gov.br), enviando o nº do Pregão a que se refere, cópia de documento de identificação e contrato social/publicação.

## ANEXO III - MODELO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh, unidade HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM-UFSM), inscrita no CNPJ/MF sob o nº 15.126.437/0019-72, sediado na Av. Roraima, 1.000 - Prédio 22 - Cidade Universitária - Santa Maria - RS, neste ato representada por seu Superintendente HUMBERTO MOREIRA PALMA, portador do RG nº 60\*\*\*\*\*28 SSP/RS e CPF nº 624.\*\*\*.\*\*\*-34, nomeado pela Portaria nº 176, de 21 de dezembro de 2021 OU por seu Superintendente Substituto JOÃO BATISTA DE VASCONCELLOS, portador de RG nº \*\*366575\*\* SSP/RS e CPF nº \*\*\*.670.110-\*\*, nomeado por Portaria-SEI nº 488, de 09 de fevereiro de 2022, publicado no Boletim de Serviços nº 1252, de 10 de fevereiro de 2022 e por seu Gerente Administrativo JOÃO BATISTA DE VASCONCELLOS, portador do RG nº 10\*\*\*\*\*81 SSP/RS e CPF nº 560.\*\*\*.\*\*\*-34, nomeado pela Portaria nº 117, de 19 de março de 2014, publicada no Boletim de Serviço nº 32, de 20 de março de 2014, OU por seu Gerente Administrativo Substituto JOSÉ POZZOBON , portador de RG nº \*\*358607\*\* SSP/RS e CPF nº \*\*\*.940.840-\*\*, nomeado por Portaria nº 784, de 04 de agosto de 2015, publicado no Boletim de Serviços nº 112, de 11 de agosto de 2015, no uso das atribuições conferidas pelo art. 154 do Regulamento de Licitações e Contratos da Ebserh, versão 2.0, aprovado por meio da Resolução n.º 155/2022 do Conselho de Administração (RLCE 2.0), processo administrativo n.º **23541.000288/2025-67**, RESOLVE registrar os preços da(s) empresa(s) indicada(s) e qualificada(s) nesta ATA, de acordo com a classificação por ela(s) alcançada(s) e na(s) quantidade(s) cotada(s), atendendo as condições previstas no instrumento convocatório e no Termo de Referência/Projeto Básico, sujeitando-se as partes às normas constantes no RLCE 2.0, na Lei n.º 13.303, de 30 de junho de 2016, no Decreto n.º 8.945, de 27 de dezembro de 2016, no Decreto n.º 11.462, de 31 de março de 2023, e em conformidade com as disposições a seguir:

1. OBJETO

1.1. A presente Ata de Registro de Preços tem por objeto o registro de preços para a eventual contratação de **Aquisição de Gás Hélio refrigerado utilizado em processos de descongelamento de magnetos das Ressonâncias Magnéticas, mistura de gás padrão primária DLCO para o Serviço de Pneumologia e de Hélio líquido refrigerado para o Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (HUSM-EBSERH), ,cumulado com comodato de 2 (dois) cilindros com capacidade de 4 a 8 m<sup>3</sup>** especificado(s) no(s) item(ns) ..... do Termo de Referência/Projeto Básico, anexo do Edital de Pregão SRP **143/2025**, que é parte integrante desta Ata, assim como a proposta registrada, independentemente de transcrição.

2. PREÇOS, ESPECIFICAÇÕES E QUANTITATIVOS

2.2. O preço registrado, as especificações do objeto, as quantidades de cada item e as demais condições ofertadas na(s) proposta(s) são as que seguem:

|            |                                                                               |              |        |                   |                   |                   |                               |                |             |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------|----------------|-------------|
| Item do TR | Fornecedor (razão social, CNPJ/MF, endereço, contatos, nome do representante) |              |        |                   |                   |                   |                               |                |             |
| X          | Descrição/Especificação                                                       | Marca/Modelo | Código | Unidade de medida | Quantidade mínima | Quantidade máxima | Prazo de garantia ou validade | Valor Unitário | Valor total |
|            |                                                                               |              |        |                   |                   |                   |                               |                |             |

2.2. A listagem do cadastro de reserva referente ao presente registro de preços consta como anexo a esta Ata.

3. ÓRGÃO GERENCIADOR

3.1. O órgão gerenciador será a UASG 155125 - Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM-UFSM).

3.2. Não há órgãos e entidades públicas participantes do registro de preços.

4. ADESÃO À ATA DE REGISTRO DE PREÇOS

4.1. Poderá ser admitida adesão à ata de registro de preços decorrente desta licitação apenas para unidades hospitalares da Rede EBSEH, desde que observado o Ofício-Circular - SEI nº 7/2022/SCCEN/CAD/DAI-EBSEH (20624684).

4.2. Durante a vigência da ata, qualquer órgão ou entidade responsável pela execução das atividades contempladas no art. 1º da Lei n.º 13.303/2016 que não participaram do procedimento de IRP poderão aderir à ata de registro de preços na condição de não participantes, observados os seguintes requisitos:

4.2.1. apresentação de justificativa da vantagem da adesão, inclusive em situações de provável desabastecimento ou descontinuidade de serviço público;

4.2.2. demonstração de que os valores registrados estão compatíveis com os valores praticados pelo mercado na forma do RLCE 2.0 e da Norma Operacional - SEI nº 3/2024/SCCEN/CAD/DAI-EBSEH; e

4.2.3. consulta e aceitação prévias do órgão ou da entidade gerenciadora e do fornecedor.

4.3. A autorização do órgão ou entidade gerenciadora apenas será realizada após a aceitação da adesão pelo fornecedor.

4.3.1. O órgão ou entidade gerenciadora poderá rejeitar adesões caso elas possam acarretar prejuízo à execução de seus próprios contratos ou à sua capacidade de gerenciamento.

4.3.2. Tratando-se de item exclusivo para microempresas e empresas de pequeno porte e cooperativas enquadradas no art. 34 da Lei n.º 11.488, de 2007, o órgão ou entidade gerenciadora somente autorizará a adesão caso o valor da contratação pretendida pelo aderente, somado aos valores das contratações já previstas para o órgão e entidade gerenciadora e participantes ou já destinadas a aderentes anteriores, não ultrapasse o limite de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) (Acórdão TCU n.º 2957/2011 – Plenário).

4.4. Após a autorização do órgão ou da entidade gerenciadora, o órgão ou entidade não participante deverá efetivar a aquisição ou a contratação solicitada em até noventa dias, observado o prazo de vigência da ata.

4.5. O prazo de que trata o subitem anterior, relativo à efetivação da contratação, poderá ser prorrogado excepcionalmente, mediante solicitação do órgão ou da entidade não participante aceita pelo órgão ou pela entidade gerenciadora, desde que respeitado o limite temporal de vigência da ata de registro de preços.

4.6. O órgão ou a entidade poderá aderir a item da ata de registro de preços da qual seja integrante, na qualidade de não participante, para aqueles itens para os quais não tenha quantitativo registrado, observados os requisitos do item 4.2.

4.7. As aquisições ou contratações adicionais não poderão exceder, por órgão ou entidade, a cinquenta por cento dos quantitativos dos itens do instrumento convocatório registrados na ata de registro de preços para o gerenciador e para os participantes.

4.8. O quantitativo decorrente das adesões não poderá exceder, na totalidade, ao dobro do quantitativo de cada item registrado na ata de registro de preços para o gerenciador e os participantes, independentemente do número de órgãos ou entidades não participantes que aderirem à ata de registro de preços.

## **5. VEDAÇÃO A ACRÉSCIMO DE QUANTITATIVOS**

5.1. É vedado efetuar acréscimos nos quantitativos fixados na ata de registro de preços.

## **6. VALIDADE**

6.1. A validade da Ata de Registro de Preços será de 12 (doze) meses, contado a partir do primeiro dia útil subsequente à data de divulgação no PNCP, podendo ser prorrogada por igual período, mediante a anuência do fornecedor, desde que comprovado o preço vantajoso.

6.2. A prorrogação da validade da Ata de Registro de Preços poderá renovar os quantitativos a serem adquiridos, desde que haja acordo específico entre as partes.

6.2.1. Inexistindo acordo entre as partes quanto à renovação dos quantitativos, a prorrogação apenas servirá à execução do saldo remanescente.

6.3. A existência de preços registrados implicará compromisso de fornecimento nas condições estabelecidas, mas não obrigará a Administração a contratar, facultada a realização de licitação específica para a aquisição pretendida, desde que devidamente justificada.

## **7. ALTERAÇÃO OU ATUALIZAÇÃO DOS PREÇOS REGISTRADOS**

7.1. Os preços registrados poderão ser alterados ou atualizados em decorrência de eventual redução dos preços praticados no mercado ou de fato que eleve o custo dos bens ou dos serviços registrados, nas seguintes situações:

7.1.1. em caso de força maior, caso fortuito ou fato do príncipe ou em decorrência de fatos imprevisíveis ou previsíveis de consequências incalculáveis, que inviabilizem a execução da ata tal como pactuada, nos termos do art. 171, VI, do RLCE 2.0;

7.1.2. em caso de criação, alteração ou extinção de quaisquer tributos ou encargos legais ou a superveniência de disposições legais, com comprovada repercussão sobre os preços registrados;

7.1.3. na hipótese de previsão, no Termo de Referência/Projeto Básico anexo ao Edital, de cláusula de reajustamento ou repactuação sobre os preços registrados, nos termos do RLCE 2.0.

7.1.3.1. No caso do reajustamento, deverá ser respeitada a contagem da anualidade e o índice previstos para a contratação.

7.1.3.2. No caso da repactuação, poderá ser a pedido do interessado, conforme critérios definidos para a contratação.

## **8. NEGOCIAÇÃO DE PREÇOS REGISTRADOS**

8.1. Na hipótese de o preço registrado se tornar superior ao preço praticado no mercado por motivo superveniente, o órgão ou entidade gerenciadora convocará o fornecedor para negociar a redução do preço registrado.

8.1.1. Caso não aceite reduzir seu preço aos valores praticados pelo mercado, o fornecedor será liberado do compromisso assumido quanto ao item registrado, sem aplicação de penalidades administrativas.

8.1.2. Na hipótese prevista no item anterior, o gerenciador convocará os fornecedores do cadastro de reserva, na ordem de classificação, para verificar se aceitam reduzir seus preços aos valores de mercado e não convocará os licitantes ou fornecedores que tiveram seu registro cancelado.

8.1.3. Se não obtiver êxito nas negociações, o órgão ou entidade gerenciadora procederá ao cancelamento da ata de registro de preços, adotando as medidas cabíveis para obtenção de contratação mais vantajosa.

8.1.4. Na hipótese de redução do preço registrado, o gerenciador comunicará aos órgãos e às entidades que tiverem firmado contratos decorrentes da ata de registro de preços para que avaliem a conveniência e a oportunidade de diligenciarem negociação com vistas à alteração contratual, observado o disposto no art. 171 do RLCE 2.0.

8.2. Na hipótese de o preço de mercado se tornar superior ao preço registrado e o fornecedor não poder cumprir as obrigações estabelecidas na ata, será facultado ao fornecedor requerer ao gerenciador a alteração do preço registrado, mediante comprovação de fato superveniente que supostamente o impossibilite de cumprir o compromisso.

8.2.1. Nesse caso, o fornecedor encaminhará, com o pedido de alteração, a documentação comprobatória ou a planilha de custos que demonstre a inviabilidade do preço registrado em relação às condições inicialmente pactuadas.

8.2.2. Na hipótese de não comprovação da existência de fato superveniente que inviabilize o preço registrado, o pedido será indeferido pelo órgão ou entidade gerenciadora e o fornecedor deverá cumprir as obrigações estabelecidas na ata, sob pena de cancelamento do seu registro, nos termos do item 10.1, sem prejuízo das sanções previstas no RLCE 2.0 e na legislação aplicável.

8.2.3. Na hipótese de cancelamento do registro do fornecedor, nos termos do item anterior, o gerenciador convocará os fornecedores do cadastro de reserva, na ordem de classificação, para verificar se aceitam manter seus preços registrados.

8.2.4. Se não obtiver êxito nas negociações, o órgão ou entidade gerenciadora procederá ao cancelamento da ata de registro de preços, nos termos do item 10.4, e adotará as medidas cabíveis para a obtenção da contratação mais vantajosa.

8.2.5. Na hipótese de comprovação da majoração do preço de mercado que inviabilize o preço registrado, conforme previsto no item 8.2 e no item 8.2.1, o órgão ou entidade gerenciadora atualizará o preço registrado, de acordo com a realidade dos valores praticados pelo mercado.

8.2.6. O órgão ou entidade gerenciadora comunicará aos órgãos e às entidades que tiverem firmado contratos decorrentes da ata de registro de preços sobre a efetiva alteração do preço registrado, para que avaliem a necessidade de alteração contratual, observado o disposto no art. 171 do RLCE 2.0.

## **9. REMANEJAMENTO DAS QUANTIDADES REGISTRADAS NA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**

9.1. As quantidades previstas para os itens com preços registrados nas atas de registro de preços poderão ser remanejadas pelo órgão ou entidade gerenciadora entre os órgãos ou as entidades participantes e não participantes do registro de preços.

9.2. O remanejamento somente poderá ser feito:

9.2.1. de órgão ou entidade participante para órgão ou entidade participante; ou

9.2.2. de órgão ou entidade participante para órgão ou entidade não participante.

9.3. O órgão ou entidade gerenciadora que tiver estimado as quantidades que pretende contratar será considerado participante para efeito do remanejamento.

9.4. Na hipótese de remanejamento de órgão ou entidade participante para órgão ou entidade não participante, serão observados os limites previstos no art. 32 do Decreto n.º 11.462/2023.

9.5. Competirá ao órgão ou à entidade gerenciadora autorizar o remanejamento solicitado, com a redução do quantitativo inicialmente informado pelo órgão ou pela entidade participante, desde que haja prévia anuência do órgão ou da entidade que sofrer redução dos quantitativos informados.

9.6. Caso o remanejamento seja feito entre órgãos ou entidades dos Estados, do Distrito Federal ou de Municípios distintos, caberá ao fornecedor beneficiário da ata de registro de preços, observadas as condições nela estabelecidas, optar pela aceitação ou não do fornecimento decorrente do remanejamento dos itens.

9.7. Na hipótese da compra centralizada, não havendo indicação pelo órgão ou pela entidade gerenciadora, dos quantitativos dos participantes da compra centralizada, nos termos do item 9.3, a distribuição das quantidades para a execução descentralizada será por meio do remanejamento.

## **10. CANCELAMENTO DO REGISTRO DO LICITANTE VENCEDOR E DOS PREÇOS REGISTRADOS**

10.1. O registro do fornecedor será cancelado pelo gerenciador, quando o fornecedor:

10.1.1. descumprir as condições da ata de registro de preços, sem motivo justificado;

10.1.2. não retirar a nota de empenho, ou instrumento equivalente, no prazo estabelecido pela Administração, sem justificativa razoável;

- 10.1.3. não aceitar manter seu preço registrado, na hipótese prevista no artigo 27, § 2º, do Decreto n.º 11.462/2023; ou
- 10.1.4. enquadrar-se em uma das hipóteses previstas no art. 69 do RLCE 2.0.
- 10.1.4.1. Na hipótese do item 10.1.4, caso o prazo do impedimento não ultrapasse a vigência da ata de registro de preços, o órgão ou a entidade gerenciadora poderá, mediante decisão fundamentada, decidir pela manutenção do registro de preços, vedadas contratações derivadas da ata enquanto perdurarem os efeitos do impedimento.
- 10.2. O cancelamento de registros nas hipóteses previstas no item 10.1 será formalizado por despacho do órgão ou da entidade gerenciadora, garantidos os princípios do contraditório e da ampla defesa.
- 10.3. Na hipótese de cancelamento do registro do fornecedor, o órgão ou a entidade gerenciadora poderá convocar os licitantes que compõem o cadastro de reserva, observada a ordem de classificação.
- 10.4. O cancelamento dos preços registrados poderá ser realizado pelo gerenciador, em determinada ata de registro de preços, total ou parcialmente, nas seguintes hipóteses, desde que devidamente comprovadas e justificadas:
- 10.4.1. por razão de interesse público;
- 10.4.2. a pedido do fornecedor, decorrente de caso fortuito ou força maior; ou
- 10.4.3. se não houver êxito nas negociações, nas hipóteses em que o preço de mercado se tornar superior ou inferior ao preço registrado, nos termos dos artigos 26, § 3º, e 27, § 4º, ambos do Decreto n.º 11.462/2023.

11. DAS PENALIDADES

- 11.1. O descumprimento da Ata de Registro de Preços ensejará aplicação das penalidades estabelecidas no Termo de Referência/Projeto Básico anexo ao Edital.
- 11.1.1. As sanções também se aplicam aos integrantes do cadastro de reserva no registro de preços que, convocados, não honrarem o compromisso assumido injustificadamente após terem assinado a ata.
- 11.2. É da competência do gerenciador a aplicação das penalidades decorrentes do descumprimento do pactuado nesta ata de registro de preço, exceto nas hipóteses em que o descumprimento disser respeito às contratações dos órgãos ou entidades participantes ou não participantes, caso no qual caberá ao respectivo órgão ou entidade participante ou não participante a aplicação da penalidade.
- 11.3. O órgão ou entidade participante ou não participante deverá comunicar ao órgão gerenciador qualquer das ocorrências previstas no item 10.1, dada a necessidade de instauração de procedimento para cancelamento do registro do fornecedor.

12. CONDIÇÕES GERAIS

- 12.1. As condições gerais de execução do objeto, tais como os prazos para entrega e recebimento, as obrigações da Administração e do fornecedor registrado, penalidades e demais condições do ajuste, encontram-se definidos no Termo de Referência/Projeto Básico anexo ao Edital.
- 12.2. No caso de adjudicação por preço global de grupo de itens, só será admitida a contratação de parte de itens do grupo se houver prévia pesquisa de mercado e demonstração de sua vantagem para o órgão ou a entidade.
- 12.3. É eleito o Foro da Justiça Federal, Seção Ou Subseção Judiciária do município de Santa Maria/RS para dirimir os litígios que decorrerem da execução desta Ata que não possam ser compostos pela conciliação.

Local e data

|                                       |                             |
|---------------------------------------|-----------------------------|
|                                       |                             |
| NOME                                  |                             |
| Presidente / Superintendente - Ebserh |                             |
|                                       | FORNECEDOR                  |
| NOME                                  | Cargo / Representante Legal |
| Diretor / Gerente - Ebserh            |                             |

ANEXO IV - TERMO DE REFERÊNCIA

EDITAL DE PREGÃO ELETRÔNICO (SRP) Nº 143/2025

1. DO OBJETO DA LICITAÇÃO:

- 1.1. Esta licitação tem por objeto o **REGISTRO DE PREÇOS PARA Aquisição de Gás Hélio refrigerado utilizado em processos de descongelamento de magnetos das Ressonâncias Magnéticas, mistura de gás padrão**

**primária DLCO para o Serviço de Pneumologia e de Hélio líquido refrigerado PARA O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM-UFSM), cumulado com comodato de 2 (dois) cilindros com capacidade de 4 a 8 m<sup>3</sup> constantes na tabela de itens anexa a este Termo de Referência, que faz parte do Edital de Pregão nº 143/2025.**

## **2. DA FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO**

### **2.1. Das referências normativas:**

- Lei Federal nº 13.303 de 30 de junho de 2016 - Estatuto Jurídico da Empresa Pública, da Sociedade de Economia Mista e suas subsidiárias;
- Decreto Federal nº 8.945, de 27 de dezembro de 2016 - Regulamenta, no âmbito da União, a Lei nº 13.303 de 30 de junho de 2016;
- Decreto nº 11.462, de 31 de março de 2023 - Regulamenta o Sistema de Registro de Preços previsto no art. 15 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993;
- Regulamento de Licitações e Contratos da EBSEH 2.0 - Resolução nº 155, de 28 de abril de 2022 do Conselho de Administração - aprovado em 28 de abril de 2022;
- Instrução Normativa - SLTI/MPOG nº 1, de 19 de janeiro de 2010 - Dispõe sobre critérios de sustentabilidade ambiental;
- Norma Operacional - SEI nº 3/2024/SCCEN/CAD/DAI-EBSEH- Dispõe sobre a Norma Operacional de Pesquisa de Preços da Rede Ebserh.
- Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021 - Lei de Licitações e Contratos Administrativos.

## **3. JUSTIFICATIVA:**

3.1. O gás hélio é usado no equipamento de Ressonância Magnética Nuclear (RMN), responsável pela realização de exames de ressonância magnética. O exame de RMN utiliza um campo magnético para gerar imagens em alta definição de ossos, órgãos e tecidos do corpo humano com excelente qualidade de diferenciação de tecidos. O magneto é o maior e mais importante componente de um equipamento de RMN, responsável pela geração do campo magnético, que é medido por uma unidade denominada Tesla (T). Para a geração desses campos magnéticos, utilizam-se magnetos de material supercondutor, cuja propriedade supercondutora só pode ser atingida em temperaturas extremamente baixas, aproximadamente 0° K (-273°C). Para atingir essas baixas temperaturas exigidas à supercondutividade, é necessário realizar o resfriamento do magneto. Esse processo consiste na inserção de material criogênico no interior do magneto, no caso, hélio líquido, de modo a possibilitar a passagem de altas correntes pelas bobinas supercondutoras e a consequente geração desse campo magnético elevado. A falta de funcionamento da máquina de ressonância magnética impacta diretamente na capacidade de atendimento e diagnóstico dos pacientes. As consequências incluem aumento nos tempos de espera para diagnósticos críticos, impactos na eficácia do tratamento de pacientes e potencial elevação nos custos de saúde devido a tratamentos atrasados ou diagnósticos alternativos menos eficientes. Além disso, há um comprometimento direto das metas contratuais com o estado, que exige a realização de um número mínimo de exames mensais, potencialmente levando a penalidades financeiras ou danos à reputação do Hospital. A mistura de gás padrão primária DLCO é utilizado no serviço de Pneumologia e o Gás líquido refrigerado é utilizado em processos de reabastecimento de magnetos de Ressonância Magnética .

3.2. Para julgamento e classificação das propostas será(ão) adotado(s) o(s) critério(s) de **MENOR PREÇO UNITÁRIO** , observados as especificações constantes neste Termo de Referência.

3.3. Quanto à utilização da modalidade Registro de Preços, o objeto em questão se enquadra na hipótese II do art. 3º do Decreto nº 11.462, de 31 de março de 2023 , visto que em se tratando de bens ou serviços a serem adquiridos/contratados de forma parcelada, e não necessariamente de forma imediata, onde o fornecedor disponibiliza os bens e serviços a preços e prazos registrados em Ata específica e que, a aquisição ou contratação é feita quando melhor convier à Administração e outras entidades que integram a Ata, é recomendada a adoção da modalidade de Sistema de Registro de Preços.

3.4. A natureza dos bens a serem contratados é comum, nos termos do art. 6º, inciso XIII, da Lei nº 14.133/2021.

## **4. DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL PARA A CONTRATAÇÃO:**

4.1. A contratação, objeto deste Termo de Referência, dar-se-á por meio de seleção de proposta, via Sistema de Registro de Preços - SRP, na modalidade Pregão na forma eletrônica, regida pela Lei nº 14.133, de 01 de abril de 2021; Decreto nº 11.462, de 31 de março de 2023 e suas alterações, aplicando-se as disposições contidas na Lei nº 13.303/2016 e no Regulamento de Licitações e Contratos da EBSEH.

4.2. Será utilizada a modalidade de licitação denominada Pregão, tendo em vista que o serviço a ser prestado enquadra-se na classificação de serviço comum, nos termos do inciso IV do art. 4º do RLCE 2.0.

## **5. DA FORMALIZAÇÃO E VIGÊNCIA**

5.1. Será firmado instrumento contratual (ATA DE REGISTRO DE PREÇOS) sobre o objeto do presente Termo de Referência, com vigência de **12 (doze) meses** a partir da data de sua assinatura, conforme dispõe o Decreto nº 11.462, de 31 de março de 2023 .

## **6. DA ADESÃO À ATA DE REGISTRO DE PREÇOS:**

6.1. A adesão à ata de registro de preços decorrente desta licitação será admitida apenas para as unidades hospitalares da Rede EBSEH e será realizada conforme consta na ATA DE REGISTRO DE PREÇOS.

## **7. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO E HABILITAÇÃO**

### **7.1 CRITÉRIOS GERAIS PARA A ACEITAÇÃO DA PROPOSTA**

7.1.1. Para julgamento e classificação das propostas serão adotados os seguintes critérios:

#### **a) Menor Preço Unitário para os todos os itens do Termo de Referência.**

7.1.2. Deverão ser apresentados durante a fase de Aceitação os seguintes documentos:

7.1.2.1. Apresentar ficha de informações de segurança de produtos químicos; concentração mínima de 99,0%; massa molecular: 4,00; número de referência química 7440597 para os itens do Termo de Referência que o solicitem;

### **7.2. CRITÉRIO GERAIS PARA A HABILITAÇÃO**

7.2.1. As empresas deverão comprovar a qualificação técnica mediante a apresentação dos documentos elencados neste subitem.

7.1.2.1. As empresas deverão apresentar autorização de funcionamento para gases medicinais expedida pela ANVISA relativa à fabricação/envase de gases medicinais. Se a participante for apenas distribuidora de gases medicinais, deverá apresentar a autorização de funcionamento pertinente à empresa fabricante/embasadora, acompanhada do contrato vigente de fornecimento de gases medicinais com firma reconhecida e declaração da fabricante/embasadora autorizando a distribuidora a utilizar de seus documentos em processos licitatórios.

## **8. DA FORMA DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR**

8.1. O procedimento de aquisição será conduzido através de Pregão Eletrônico, pelo Sistema de Registro de Preços - SRP.

8.2. A seleção do fornecedor será realizada por meio de licitação na forma eletrônica com critério de julgamento menor preço e modo de disputa aberto.

8.3. A seleção do fornecedor não será destinada de forma exclusiva para microempresa e empresas de pequeno porte devido a não existirem microempresas e empresas de pequeno porte sediadas regional e localmente nos termos do artigo 49, inciso II e III, da Lei Complementar nº 123/2006.

8.4. A licitante vencedora deverá atender às solicitações parceladamente, qualquer que seja a quantidade solicitada, não sendo permitida a exigência de faturamento mínimo.

## **9. VALOR ESTIMADO DA CONTRATAÇÃO**

9.1. O detalhamento da pesquisa de preços encontra-se no processo licitatório, sendo tornado público após o encerramento da fase de lances, conforme dispõe o artigo 7º do regulamento de Licitações e Contratos da EBSEH, bem como o artigo 34 da Lei 13.303/2016.

## **10. OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

10.1. São obrigações da Contratante:

10.1.1. receber o objeto no prazo e condições estabelecidas no **Edital do Pregão 143/2025** e seus anexos.

10.1.2. verificar minuciosamente, no prazo fixado, se o objeto entregue/prestado pela Contratada está de acordo com as especificações constantes do Edital e na proposta, para fins de aceitação e/ou recebimento definitivo.

10.1.3. comunicar à Contratada, por escrito, sobre imperfeições, falhas ou irregularidades verificadas no objeto fornecido, para que seja substituído, reparado ou corrigido.

10.1.4. acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da Contratada, através de comissão/servidor especialmente designado.

10.1.5. efetuar o pagamento à Contratada no valor correspondente ao fornecimento do objeto, no prazo e forma estabelecidos no **Edital do Pregão 143/2025** e seus anexos.

10.1.2. A Administração não responderá por quaisquer compromissos assumidos pela Contratada com terceiros, bem como por qualquer dano causado a terceiros em decorrência de ato da Contratada, de seus empregados, prepostos ou subordinados.

10.3. A Contratante encaminhará formalmente a demanda por meio de Ordem de Serviço ou de Fornecimento de Bens, de acordo com os critérios estabelecidos no Termo de Referência ou Projeto Básico, observando-se o disposto nos arts. 18 e 32 da IN 01/2019/SGD/ME

10.4. A Contratante aplicará à contratada as sanções administrativas regulamentares e contratuais cabíveis, comunicando ao órgão gerenciador da Ata de Registro de Preços, quando aplicável;



10.5. Efetuar as retenções tributárias devidas sobre o valor da Nota Fiscal/Fatura da contratada, no que couber, em conformidade com o item 6 do Anexo XI da IN SEGES/MP n. 5/2017;

## **11. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

11.1. A Contratada deve cumprir todas as obrigações constantes no **Edital do Pregão 143/2025**, seus anexos e sua proposta, assumindo como exclusivamente seus os riscos e as despesas decorrentes da boa e perfeita execução do objeto.

11.1.1. A Contratada deverá efetuar a entrega do objeto em perfeitas condições, conforme especificações, prazo e local constantes neste Termo de Referência, acompanhado da respectiva nota fiscal, na qual constarão as indicações referentes a: marca, fabricante, lote e prazo de validade (conforme o caso).

11.1.2. A Contratada deverá substituir os produtos que apresentarem possíveis não conformidades dentro do prazo de validade/garantia, contados a partir do primeiro dia útil após o aceite dos mesmos, quando for o caso.

11.1.3. A Contratada deverá responsabilizar-se pelos vícios e danos decorrentes do objeto, de acordo com os artigos 12, 13 e 17 a 27, do Código de Defesa do Consumidor (Lei nº 11.078, de 1990).

11.1.4. A Contratada deverá comunicar à Contratante os motivos que impossibilitam o cumprimento do prazo previsto, com a devida comprovação, no prazo mínimo de 24 (vinte e quatro) horas que antecede a data da execução do objeto.

11.1.5. A Contratada deverá manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na licitação.

11.1.6. A Contratada deverá indicar preposto para representá-la durante a execução do contrato, quando for o caso.

11.2. A Contratada deverá atender prontamente quaisquer orientações e exigências da Equipe de Fiscalização do Contrato, inerentes à execução do objeto contratual;

11.3. A Contratada deverá propiciar todos os meios necessários à fiscalização do contrato pela contratante, cujo representante terá poderes para sustar o fornecimento, total ou parcial, em qualquer tempo, sempre que considerar a medida necessária;

11.4. A Contratada deverá se responsabilizar pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato.

11.5. Arcar com o ônus decorrente de eventual equívoco no dimensionamento dos quantitativos de sua proposta, devendo complementá-los, caso o previsto inicialmente em sua proposta não seja satisfatório para o atendimento ao objeto da licitação, exceto quando ocorrer algum dos eventos arrolados no art. 171 do RLCE 2.0.

11.6. Reparar quaisquer danos diretamente causados à contratante, independentemente de culpa ou de dolo de seus representantes legais, prepostos ou empregados, em decorrência da relação contratual, não excluindo ou reduzindo a responsabilidade da fiscalização ou o acompanhamento da execução dos serviços pela contratante;

## **12. DAS CONDIÇÕES PARA A ENTREGA E O RECEBIMENTO DO OBJETO**

12.1. A entrega do(s) produto(s) deverá ser efetuada no HUSM, no endereço abaixo, no horário das 08h às 12h e das 13h às 17h, nos dias úteis, de acordo com a necessidade e mediante solicitação, devendo a CONTRATADA, COM ANTECEDÊNCIA MÍNIMA DE 24 (vinte e quatro) horas, MARCAR DATA E HORÁRIO PARA A ENTREGA pelo telefone 55 3213-1620. Em situações de caso fortuito ou de força maior, os serviços poderão ser realizados em horários alternativos.

12.2. No processo de entrega do(s) produto(s) deverá constar o contato (telefone/e-mail) do responsável da CONTRATADA por realizar a entrega do(s) Produto(s).

12.3. O transporte dos gases deverá ser realizado em caminhão apropriado para esse fim e devidamente identificado;

12.4 Para os itens 01: (CARGA DE GÁS HELIO ENGARRAFADO PARA RESSONÂNCIA 99,999% DE PUREZA) e 02: (HÉLIO LÍQUIDO REFRIGERADO UTILIZADO EM PROCESSOS DE REABASTECIMENTO DE MAGNETOS DE RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS):

12.4.1. Os itens devem ser fornecidos em até 7 dias corridos a contar da emissão do empenho;

12.4.2. Entregas devem seguir normas de transporte de produtos perigosos;

12.4.3. A CONTRATADA será inteiramente responsável pelas atividades de carga, transporte interno, descarga e movimentação do item até o local designado pelo hospital.

12.4.4. A CONTRATADA deverá garantir que os recipientes atendam às normas de segurança aplicáveis para ambientes com campo magnético intenso, de modo a prevenir riscos de atração magnética, acidentes e interferências no funcionamento da ressonância magnética;

12.4.5. Os cilindros devem estar devidamente identificados, lacrados, com selo de inspeção e certificados atualizados;

**12.4.6. O recolhimento dos cilindros deve ocorrer em até 7 dias corridos após notificação formal da CONTRATANTE;**

**Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM-UFSM)**

CNPJ: 15.126.437/0019-72, Av. Roraima, 1000, Hospital Universitário -  
**RECEPÇÃO DE MATERIAIS**

CEP: 97105-900, Campus Universitário - Bairro Camobi - Santa Maria, RS,  
Brasil.

**MATERIAL E/OU EQUIPAMENTO REFERENTE AO PREGÃO  
ELETRÔNICO \_\_\_\_/\_\_\_\_**

**12.2. Na entrega, o fornecedor deverá citar, na nota fiscal, o número do empenho.**

**12.3. O prazo de entrega total dos produtos/materiais/serviços, objeto de cada Nota de Empenho, não poderá exceder 30 (trinta) dias corridos a contar do recebimento da Nota de Empenho, a contar do envio do Empenho via e-mail e/ou fax.** O prazo indicado pela unidade solicitante para a entrega parcelada do objeto empenhado deverá ser rigorosamente observado, sujeitando a licitante vencedora às cominações previstas no **Edital do Pregão 143/2025**.

**12.3.1.** Os produtos poderão ser rejeitados, no todo ou em parte, quando em desacordo com as especificações constantes no Termo de Referência e/ou proposta comercial, ou quando fornecidos com defeito, devendo ser substituídos às expensas do fornecedor no prazo máximo de **15 (quinze) a contar do comunicado do HUSM**, a contar da devida notificação de rejeição manifestada pela Comissão de Recebimento do HUSM-UFSM.

**12.4.** Os produtos devem estar dispostos em embalagens limpas, íntegras, sem rasgos ou amassados, e sem sinais de agentes externos que possam comprometer a qualidade, e devem ter capacidade compatível ao acondicionamento e estocagem adequados do produto. Sempre que possível, as embalagens de vem ocupar o menor volume possível e utilizar materiais recicláveis a fim de garantir a sustentabilidade das compras públicas, conforme item III do art. 5º da Instrução Normativa 01/2010 da SLTI/MPOG.

**12.5.** Os produtos devem conter em suas embalagens e rótulos informações claras e facial leitura, conforme o tipo de produtos: nome do produto, composição do produto, número do lote, data de fabricação, data de validade, CNPJ, nome e endereço do fabricante/produtor, condições de armazenamento, quantidade/volume, além dos registros e informações legais cabíveis. Produtos importados devem estar registrados e rotulados em conformidade com as normas nacionais.

**12.6.** Por ocasião da entrega do(s) *produtos/materiais/serviços(s)* no Hospital Universitário de Santa Maria, seu recebimento será feito em caráter provisório. O aceite definitivo, com a liberação da nota fiscal para pagamento, está condicionado ao atendimento de todas as exigências contidas no edital.

**12.7.** O recebimento provisório ou definitivo não exclui a responsabilidade civil pela solidez e segurança da obra ou do serviço, nem a responsabilidade ético-profissional pela perfeita execução do contrato, dentro dos limites estabelecidos pela lei ou pelo contrato.

**12.8. Dos prazos do recebimento:**

**12.8.1.** Recebimento Provisório: se dá imediatamente depois de efetivada a entrega, no prazo máximo de até 10 (dez) dias para posterior efeito de verificação da conformidade dos produtos com as especificações. O recebimento supra referido dar-se-á através do recibo apostado na nota fiscal quando da sua entrega.

**12.8.2.** Recebimento Definitivo: se dá depois de concluída a vistoria e encerramento do prazo de observação, que não poderá exceder a 10 (dez) dias, poderá os responsáveis, comprovada a adequação do objeto, validar automaticamente a entrega dos produtos.

**12.9. Condições Especiais para o fornecimento:**

**12.9.1. GÁS HÉLIO:**

**A) O produto deverá ser entregue através de cilindros disponibilizados pela CONTRATADA. Define-se como cilindro de gás hélio o recipiente cilíndrico destinado ao armazenamento e transporte seguro de hélio. No contexto deste Termo de Referência, os cilindros deverão ser utilizados para o armazenamento, transporte e fornecimento de gás hélio necessário para a manutenção do equipamento de Ressonância Magnética.**

**B) A CONTRATADA deverá organizar a logística de distribuição dos tamanhos dos cilindros, de modo a considerar as limitações físicas de acesso à salado magneto (dimensões de portas, corredores, trajeto, pavimentos, elevadores, entre outros). Essa distribuição também deverá levar em consideração a menor perda de hélio durante o processo e a utilização de outros gases necessários para o processo de descongelamento do magneto.**

**C) SUGERE-SE que a CONTRATADA realize vistoria no local da realização do serviço em conjunto com os responsáveis técnicos da CONTRATANTE.**

**D) O responsável pelo recebimento do hélio no HUSM deve preencher e assinar um "Termo de Aceitação" conforme modelo anexo ao presente processo.**

**E) A CONTRATANTE rejeitará, no todo ou em parte, o objeto executado em desacordo com as condições deste Termo de Referência e de seus Anexos.**

**F) O simples recebimento de cilindros de hélio, sem a devida entrega do produto conforme especificado, não caracteriza a entrega do(s) produto(s).**

**G) O valor a ser pago pela CONTRATANTE é o valor referente à quantidade de gás hélio fornecido.**

**H) Sob hipótese alguma deverão ser fornecidos cilindro que não sejam compatíveis com ambiente de ressonância magnética. Qualquer evento adverso ou dano resultante do não cumprimento dessa orientação, que resultem em prejuízos para a CONTRATANTE ou para terceiros, serão de inteira responsabilidade da CONTRATADA.**

**I) O prazo para substituição ou reposição de qualquer produto em desconformidade com o previsto no edital será de 24 horas;**

#### **12.9.2. Hélio líquido refrigerado:**

**A) O produto deverá ser entregue através dos Dewars disponibilizados pela CONTRATADA;**

**B) Define-se como Dewar o container cilíndrico de armazenamento do insumo criogênico. No caso desse Termo de Referência, os Dewars deverão ser utilizados para o armazenamento, transporte e acesso de hélio líquido até o equipamento de Ressonância Magnética;**

**C) A CONTRATADA deverá organizar a logística de distribuição dos tamanhos dos Dewars, de modo a considerar as limitações físicas de acesso à sala do magneto (dimensões de portas, corredores, trajeto, pavimentos, elevadores, entre outros). Essa distribuição também deverá levar em consideração a menor perda de hélio líquido durante o processo e a utilização de outros gases necessários para o processo de recarga do Hélio Líquido em Ressonâncias Magnéticas.**

**D) SUGERE-SE que a CONTRATADA realize vistoria no local da realização do serviço em conjunto responsáveis técnicos da Contratante.**

**E) Ao fim da entrega do produto, isto é, do processo de recarga de Hélio Líquido no Magneto da Ressonância, a CONTRATADA deverá emitir um relatório, constando-se, no mínimo os seguintes itens:**

**1) Quantidade Hélio Líquido abastecida em Litros e em Metros Cúbicos;**

**2) Valor final e inicial do percentual (%) de hélio líquido no magneto;**

**3) Valor da pressão final e inicial (PSI) no magneto;**

**4) Data e hora do início e do fim do abastecimento do hélio líquido;**

**5) Assinatura do responsável da CONTRATADA pelo abastecimento;**

**6) Assinatura do Fiscal da CONTRATANTE, atestando a entrega dos produtos.**

**F) A CONTRATANTE rejeitará, no todo ou em parte, o objeto executado em desacordo com as condições deste Termo de Referência e de seus Anexos.**

**G) O simples recebimento de Dewars, sem a devida recarga do produto no Magneto da Ressonância Magnética não caracteriza a entrega do(s) produtos(s).**

**H) O valor a ser pago pela CONTRANTE é o valor referente a quantidade de Hélio Líquido Refrigerado abastecido no Magneto da Ressonância Magnética;**

**I) Sob hipótese alguma, durante a fase de abastecimento de hélio líquido, o nível monitorado no monitor do magneto do equipamento de ressonância magnética poderá ultrapassar 100%. Qualquer evento adverso ou dano resultante do não cumprimento dessa orientação, que resultem em prejuízos para a CONTRATANTE ou para terceiros, serão de inteira responsabilidade da CONTRATADA.**

**J) Qualquer evento adverso ou dano resultante do processo de reabastecimento de Hélio Líquido no Magneto da Ressonância Magnética, que resultem em prejuízos para a CONTRATANTE ou para terceiros, serão de inteira responsabilidade da CONTRATADA.**

**I) O prazo para substituição ou reposição de qualquer produto em desconformidade com o previsto no edital será de 24 horas.**

#### **12.9.3. Mistura DLCO:**

**A) A empresa vencedora deverá fornecer, por comodato e sem ônus para o HUSM, 2 cilindros com capacidade de 4 a 8 m<sup>3</sup>**

### **13. CONTROLE DA EXECUÇÃO**

13.1. Nos termos do art. 161 do RLCE 2.0, será designado representante para acompanhar e fiscalizar a entrega dos bens, anotando em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução e determinando o que for necessário à regularização de falhas ou defeitos observados.

13.1.1. O recebimento de material de valor superior a R\$ 176.000,00 (cento e setenta e seis mil reais) será confiado a uma comissão de, no mínimo, 3 (três) membros, designados pela autoridade competente.

13.2. A fiscalização de que trata este item não exclui nem reduz a responsabilidade da Contratada, inclusive perante terceiros, por qualquer irregularidade, ainda que resultante de imperfeições técnicas ou vícios redibitórios, e, na ocorrência desta, não implica em co-responsabilidade da Administração ou de seus agentes e prepostos, de conformidade com o art. 156 do RLCE 2.0.

13.3. O representante da Administração anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, indicando dia, mês e ano, bem como o nome dos funcionários eventualmente envolvidos, determinando o que for necessário à regularização das falhas ou defeitos observados e encaminhando os apontamentos à autoridade competente para as providências cabíveis.

### **14. DETALHAMENTO DOS ITENS DO TERMO DE REFERÊNCIA**

14.1. O Termo de Referência é composto de **3 (três)** itens.

14.2. Detalhes dos Itens deste Termo de Referência são apresentados em tabela específica em separado.

14.3. Havendo divergência nas especificações com o Código CATMAT, prevalece o descritivo deste Termo de Referência.

### **15. DAS PENALIDADES**

15.1 Comete infração administrativa a Contratada que:

a) inexecutar total ou parcialmente qualquer das obrigações assumidas em decorrência da contratação;

b) ensejar o retardamento da execução do objeto;

c) falhar ou fraudar na execução do contrato;

D) comportar-se de modo inidôneo; e

E) cometer fraude fiscal.

15.2. Em caso de infração administrativa, a Administração pode aplicar à Contratada as seguintes sanções, nos termos do [Regulamento de Licitações e Contratos da Ebserh](#) - RLCE 2.0:

15.2.1. Pela inexecução total ou parcial do contrato a Ebserh poderá, garantido o regular processo administrativo, aplicar ao contratado as seguintes sanções:

15.2.1.1. Advertência, quando do não cumprimento de quaisquer das obrigações contratuais consideradas faltas leves, assim entendidas aquelas que não acarretam prejuízos significativos para a Administração;

15.2.1.2. Multa:

a) moratória de 0,5% (meio por cento) por dia de atraso injustificado sobre o valor da parcela inadimplida, até o limite de 30 (trinta) dias, data a partir da qual o atraso será configurado como inexecução total do objeto;

b) compensatória de 20% (vinte por cento) sobre o valor total do contrato, no caso de inexecução total do objeto;

c) em caso de outras hipóteses de inexecução parcial, poderá ser aplicada multa compensatória de até 20% (vinte por cento) do valor total do contrato, respeitados critérios de razoabilidade e proporcionalidade, considerando os impactos da obrigação inadimplida.

15.2.1.3. Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Rede Ebserh, por prazo não superior a 2 (dois) anos, caso o fornecedor:

a) tenha sofrido condenação definitiva por praticar, por meios dolosos, fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;

b) tenha praticado atos ilícitos visando a frustrar os objetivos da licitação;

c) demonstre não possuir idoneidade para contratar com a Ebserh em virtude de atos ilícitos praticados;

d) convocado dentro do prazo de validade da sua proposta ou da vigência da ata de registro de preços, não celebrar o contrato;

e) deixar de entregar a documentação exigida para o certame;

f) apresentar documentação falsa exigida para o certame;

g) ensinar o retardamento da execução do objeto da licitação;

h) não manter a proposta;

i) falhar ou fraudar na execução do contrato;

j) comportar-se de modo inidôneo, inclusive com a prática de atos lesivos à Administração Pública previstos na Lei nº 12.846/2013.

15.2.2 As sanções previstas nos subitens 15.2.1.1 e 15.2.1.3. poderão ser aplicadas à Contratada juntamente com as de multa.

15.2.3. Eventuais multas aplicadas podem ser descontadas de pagamentos a serem efetuados ou compensados em eventuais créditos disponíveis em outros contratos firmados pela Contratada, bem como da garantia contratual, se exigida.

15.2.4 A aplicação de qualquer das penalidades previstas realizar-se-á em processo administrativo que assegurará o contraditório e a ampla defesa à Contratada, observando-se o procedimento previsto no RLCE 2.0.

15.2.5 A autoridade competente, na aplicação das sanções, levará em consideração a gravidade da conduta do infrator, o caráter educativo da pena, bem como o dano causado à Administração, observado o princípio da proporcionalidade.

15.2.6 As penalidades serão obrigatoriamente registradas no SICAF.

## **16. DA SUBCONTRATAÇÃO**

16.1. Não será admitida a subcontratação do objeto licitatório.

## **17. DA ALTERAÇÃO SUBJETIVA**

17.1. É admissível a fusão, cisão ou incorporação da contratada com/em outra pessoa jurídica, desde que sejam observados pela nova pessoa jurídica todos os requisitos de habilitação exigidos na licitação original; sejam mantidas as demais cláusulas e condições do contrato; não haja prejuízo à execução do objeto pactuado e haja a anuência expressa da Administração à continuidade do contrato.

## **18. DO PAGAMENTO**

18.1. O pagamento será efetuado mediante a apresentação da Nota Fiscal, devidamente certificada, mediante termo de recebimento definitivo, por parte do responsável pela unidade solicitante no HUSM-UFSM. O prazo para pagamento será de no máximo 30 (trinta) dias a partir da data do recebimento definitivo, desde que não haja impedimento legal.

18.1.1 As Notas Fiscais/Faturas devem ser entregues junto à mercadoria no Setor de Recepção de Materiais da HUSM-UFSM ou, quando locação ou prestação de serviços, enviadas para o e-mail [nfe.husm@ebserh.gov.br](mailto:nfe.husm@ebserh.gov.br).

18.2. Havendo erro na apresentação da Nota Fiscal/Fatura ou ainda, circunstância que impeça a liquidação da despesa, o pagamento ficará pendente até que a empresa fornecedora providencie as medidas saneadoras, nesta hipótese o prazo para pagamento iniciar-se-á após a comprovação da regularização da situação, não acarretando qualquer ônus para o HUSM-UFSM.

18.3. Nenhum pagamento será realizado sem que antes seja procedida prévia e necessária consulta ao Sistema de Cadastro de Fornecedores - SICAF para comprovação de regularidade.

18.4 O pagamento será atualizado monetariamente pela variação INPC/IBGE, ocorrida no período, a partir da data do prazo final do adimplemento da obrigação até o efetivo pagamento.

## **19. DO REAJUSTE**

19.1. Os preços são fixos e irremovíveis no prazo de um ano contado da data limite para a apresentação das propostas.

19.2. Os preços iniciais podem ser reajustados, mediante a aplicação, pela CONTRATANTE, do INPC/IBGE exclusivamente para as obrigações iniciadas e concluídas após o interregno mínimo de um ano da data limite para apresentação da proposta.

19.3. Deverá haver consulta formal à CONTRATADA quanto à possível renúncia ao direito ao reajuste a cada anualidade, ou redução do percentual aplicável.

19.4. Nos reajustes subsequentes ao primeiro, o interregno mínimo de um ano será contado a partir dos efeitos do reajuste anterior.

19.5. No caso de atraso ou não divulgação do índice de reajustamento, o CONTRATANTE pagará à CONTRATADA a importância calculada pela última variação conhecida, liquidando a diferença correspondente tão logo seja divulgado o índice definitivo. Fica a CONTRATADA obrigada a apresentar memória de cálculo referente ao reajustamento de preços do valor remanescente, sempre que este ocorrer.

19.6. Nas aferições finais, o índice utilizado para reajuste será, obrigatoriamente, o definitivo.

19.7. Caso o índice estabelecido para reajustamento venha a ser extinto ou de qualquer forma não possa mais ser utilizado, será adotado, em substituição, o que vier a ser determinado pela legislação então em vigor.

19.8. Na ausência de previsão legal quanto ao índice substituto, as partes elegerão novo índice oficial, para reajustamento do preço do valor remanescente, por meio de termo aditivo.

19.9. O reajuste será realizado por apostilamento.

## **20. DA ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

20.1. As despesas decorrentes desta contratação estão programadas em dotação orçamentária própria, prevista no orçamento da União, para o exercício de **2025**.

20.2. No(s) exercício(s) seguinte(s), correrão à conta dos recursos próprios para atender às despesas da mesma natureza, cuja alocação será feita no início de cada exercício financeiro.

## **21. EMPRESAS EM CONSÓRCIOS**

21.1 Fica vedada a participação de empresas em consórcio no pregão em tela, uma vez que o objeto não apresenta vulto ou complexidade que torne restrito o universo de possíveis licitantes. Inclusive, existem no mercado diversas empresas com potencial técnico, profissional e operacional suficiente para atender satisfatoriamente às exigências previstas neste termo de referência.

## **22. DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS (LGPD)**

22.1. No tratamento de dados pessoais realizado em decorrência da relação estabelecida entre as partes, a CONTRATANTE e a CONTRATADA se comprometem, conforme a Lei n.º 13.709/2018 (LGPD), ao seguinte:

22.1.1. adotar medidas para conformidade de suas operações ao cumprimento da legislação de proteção de dados pessoais e das orientações emanadas pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD);

22.1.2. assegurar que o tratamento de dados pessoais será limitado ao mínimo necessário para o alcance da(s) finalidade(s) proposta(s);

22.1.3. manter registro das operações de tratamento de dados pessoais que realizarem;

22.1.4. adotar medidas de segurança, técnicas, administrativas e organizacionais, adequadas para assegurar a proteção dos direitos dos titulares de dados pessoais;

22.1.5. cooperar entre si no cumprimento das obrigações referentes ao exercício dos direitos dos titulares de dados pessoais previstos na legislação em vigor;

22.1.6. orientar seus colaboradores, contratados ou prepostos sobre os deveres, requisitos e responsabilidades decorrentes da LGPD, bem como a não divulgar indevidamente informações que envolvam dados pessoais a que tenham acesso;

22.1.7. comunicar à outra parte, por escrito, em prazo razoável, qualquer incidente de segurança que envolva dados pessoais a que tenha acesso, tais como acessos não autorizados e situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito, com as informações previstas no § 1º do art. 48 da LGP.

22.2. Especificamente a CONTRATADA se compromete ao seguinte:

22.2.1. cientificar-se da Política de Proteção de Dados Pessoais da CONTRATANTE;

22.2.2. apresentar todos os dados e informações solicitados pela CONTRATANTE em relação ao tratamento de dados pessoais realizado em decorrência da relação estabelecida com a CONTRATANTE e/ou adotar as providências lícitas por ela indicadas;

22.2.3. não subcontratar atividades que envolvam o tratamento de dados pessoais, salvo com prévia autorização por escrito da CONTRATANTE e, nessa hipótese, exigir de subcontratados o cumprimento dos deveres decorrentes da LGPD e daqueles assumidos neste instrumento, permanecendo integralmente responsável por garantir a sua observância;

22.2.4. quando verificada qualquer das hipóteses de término do tratamento de dados pessoais previstas no art. 15 da LGPD, interromper o tratamento e eliminar completamente os dados pessoais e todas as cópias porventura existentes (em formato digital, físico ou outro qualquer), autorizada a conservação para as finalidades estabelecidas no art. 16 da LGPD.

## **23. DOS CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

23.1. Nos termos da Instrução Normativa SLTI/MP nº 01, de 19 de janeiro de 2010, as empresas contratadas deverão adotar as seguintes práticas de sustentabilidade na execução dos serviços, quando couber:

23.1.1. Usar produtos de limpeza e conservação de superfícies e objetos inanimados que obedeçam às classificações e especificações determinadas pela ANVISA;

23.1.2. Adotar medidas para evitar o desperdício de água tratada, conforme instituído no Decreto nº 48.138, de 8 de outubro de 2003;

23.1.3. Observar a Resolução CONAMA nº 20, de 7 de dezembro de 1994, quanto aos equipamentos de limpeza que

gerem ruído no seu funcionamento;

23.1.4. Fornecer aos empregados os equipamentos de segurança que se fizerem necessários, para a execução de serviços;

23.1.5. Realizar um programa interno de treinamento de seus empregados para redução de consumo de energia elétrica, de consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos, observadas as normas ambientais vigentes;

23.1.6. Respeitar as Normas Brasileiras - NBR publicadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas sobre resíduos sólidos; e

23.1.7. Prever a destinação ambiental adequada das pilhas e baterias usadas ou inservíveis, segundo disposto na Resolução CONAMA nº 257, de 30 de junho de 1999.

**24. DO COMODATO -ITEM 3**

**24.1. A(s) empresa(s) vencedora(s):**

a) **Cilindros de Gás (4 a 8 m³):** A solução inclui o fornecimento em regime de comodato de dois cilindros de 4 a 8 m³ de capacidade, adaptados para armazenamento seguro e transporte dos gases. Esses cilindros devem ser adequados ao uso médico e passar por revisões periódicas para garantir sua integridade e segurança no transporte e manuseio. A manutenção dos cilindros, incluindo a verificação de válvulas e sistemas de segurança, será responsabilidade do fornecedor, garantindo que os equipamentos atendam aos padrões de segurança e regulamentações aplicáveis.

b) **Análise Cromatográfica e Equipamentos Associados:** A solução deverá garantir a calibração adequada da mistura gasosa por meio de análise cromatográfica, processo técnico que assegura a precisão das concentrações dos componentes da mistura. Os equipamentos necessários para a medição e calibração da mistura gasosa devem ser fornecidos ou disponibilizados pelo fornecedor, com a devida assistência técnica para operação, calibração e manutenção.

c) **Fornecimento da Mistura Gasosa:** O fornecimento dos cilindros será realizado de forma eventual e parcelada, conforme a demanda do HUSM, com prazo para entrega e recarga dos cilindros sempre dentro dos limites de segurança estabelecidos, garantindo a continuidade das atividades do hospital. A mistura deve ser entregue em conformidade com as especificações técnicas de composição de gases, conforme os padrões de qualidade estabelecidos para uso médico;

d) **Regime de Comodato:** Durante o período de comodato, o fornecedor deverá realizar a troca dos cilindros de maneira programada, garantindo que não haja desabastecimento e que a composição dos gases seja sempre compatível com os requisitos técnicos da análise.

e) **Assistência Técnica e Manutenção:** O fornecedor se responsabilizará pela manutenção dos cilindros, incluindo a verificação de condições de uso, recarga e eventual substituição de equipamentos danificados ou com vencimento de prazo de validade. O serviço de manutenção deverá ser realizado de acordo com cronograma acordado, garantindo a entrega dos cilindros recarregados no prazo e com as características exigidas. Além disso, o fornecedor deverá disponibilizar assistência técnica para solucionar quaisquer problemas relacionados ao fornecimento ou funcionamento dos cilindros e da análise cromatográfica, com equipe capacitada para atendimento rápido, eficiente e conforme as normas de segurança.

f) **Segurança e Conformidade Regulatória:** O fornecimento da mistura gasosa deverá seguir todas as normas de segurança pertinentes, incluindo as exigências da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), IBAMA, e demais órgãos regulamentadores. Os cilindros e gases fornecidos deverão atender aos padrões de qualidade exigidos para uso médico e para garantir a integridade do processo diagnóstico do hospital. O fornecedor deverá garantir que todos os processos de transporte, armazenamento e manuseio dos cilindros sejam realizados de acordo com as melhores práticas e com foco na segurança de pacientes e profissionais de saúde.

g) **Qualidade e Precisão dos Gases:** A precisão na mistura dos gases é essencial para o desempenho correto das análises, sendo indispensável que o fornecedor comprove a calibração dos cilindros antes de seu fornecimento. O processo de produção e controle de qualidade das misturas deverá atender aos critérios de rastreabilidade e conformidade com as normas internacionais, como ISO 9001

h) **Logística e Prazo de Entrega:** O fornecedor deverá assegurar a entrega pontual dos cilindros, com logística que atenda às necessidades operacionais do HUSM.

**ANEXO A DO TERMO DE REFERÊNCIA - Termo de Recebimento Provisório - SEI**

Atesto o recebimento **PROVISÓRIO** dos materiais/serviços descritos no DANFE abaixo relacionado e anexo a este processo, devidamente conferido pelo Fiscal Técnico, para efeito de posterior verificação de sua conformidade com as especificações constantes no Termo de Referência e na proposta.

|                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| Contrato / Empenho nº            |                                   |
| Edital - SEI 143/2025 (54482131) | SEI 23541.000288/2025-67 / pg. 31 |

|                      |                                                              |
|----------------------|--------------------------------------------------------------|
| Fornecedor           |                                                              |
| Nota Fiscal nº       |                                                              |
| Valor R\$            |                                                              |
| Data de Recebimento  |                                                              |
| Entrega              | [ ] Entrega total [ ] Entrega parcial                        |
| Cumprimento do Prazo | [ x ] Dentro do prazo [ ] Fora do prazo ( __ dias de atraso) |
| OBS                  | -                                                            |

O recebimento definitivo dos materiais ocorrerá no prazo previsto no instrumento convocatório, desde que não ocorram problemas técnicos ou divergências quanto às especificações técnicas.

Assinatura:

**ANEXO B DO TERMO DE REFERÊNCIA - Termo de Recebimento Definitivo - SEI**

Por este instrumento, em caráter **DEFINITIVO**, atestamos que os serviços e/ou bens acima identificados foram devidamente executados/entregues e atendem às exigências especificadas no Termo de Referência / Projeto Básico, com eficácia liberatória de todas as obrigações estabelecidas em contrato referentes ao objeto acima mencionado, exceto as garantias legais.

|                       |                                                              |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------|
| Contrato / Empenho nº |                                                              |
| Fornecedor            |                                                              |
| Nota Fiscal nº        |                                                              |
| Valor R\$             |                                                              |
| Data de Recebimento   |                                                              |
| Entrega               | [ ] Entrega total [ ] Entrega parcial                        |
| Cumprimento do Prazo  | [ x ] Dentro do prazo [ ] Fora do prazo ( __ dias de atraso) |
| OBS                   | -                                                            |

Assinatura:



Documento assinado eletronicamente por **Joao Batista de Vasconcellos, Gerente**, em 24/10/2025, às 14:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).





[acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](#), informando o código verificador **54482131** e o código CRC **151E513A**.

---

**Referência:** Processo nº 23541.000288/2025-67

SEI nº 54482131

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SANTA MARIA (HUSM-UFSM)  
(UASG 155125)  
Termo de Referência - HUSM**

**Processo:** 23541.000288/2025-67    **Pregão SRP**    90143 / 2025    **Data da Emissão:** 24/10/2025

**Abertura: Dia:** 17/11/2025    **Hora:** 09:00:00

**Objeto Resumido:**

**Modalidade de Julgamento:** Menor Preço

| Item | Código  | CATMAT/<br>CATSER | Especificação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Cód. Inst. | Unidade      | Qtd.     | Preço Unitário | Preço Total |
|------|---------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|----------|----------------|-------------|
| 1    | 4850102 | 424601            | CARGA DE GÁS HELIO ENGARRAFADO PARA RESSONÂNCIA 99,999% DE PUREZA. USO LABORATORIAL, EM CILINDRO T - CAPACIDADE MÍNIMA DE 8,5M³ CADA, MEDIANTE TROCA DE CILINDRO JÁ EXISTENTE, PARA SER EMPREGADO COM O EQUIPAMENTO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA.                                                                                                          | EBF03237   | Metro Cúbico | 48,00    |                |             |
| 2    | 4850087 | 366186            | HÉLIO LIQUIDO REFRIGERADO UTILIZADO EM PROCESSOS DE REABASTECIMENTO DE MAGNETOS DE RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS; NOME QUÍMICO HÉLIO; FÓRMULA QUÍMICA: HE; ASPECTO LÍQUIDO CRIOGÊNIO E INCOLOR; APRESENTAR FICHA DE INFORMAÇÕES DE SEGURANÇA DE PRODUTOS QUÍMICOS; CONCENTRAÇÃO MÍNIMA DE 99,0%;MASSA MOLECULAR: 4,00; NÚMERO DE REFERÊNCIA QUÍMICA 7440597. |            | Litro        | 2.274,00 |                |             |
| 3    | 4850044 | 370435            | MISTURA PADRÃO PRIMÁRIO - DLCO - MONÓXIDO DE CARBONO (CO) 0,3% (+/- 0,006%) + METANO (CH4) 0,3% (+/- 0,006%) + OXIGÊNIO (O2) 21% (+/- 0,4%) + NITROGÊNIO (N2) BALANÇO. ANÁLISE CROMATOGRÁFICA. FORNECER, EM REGIME DE COMODATO, DOIS CILINDROS COM CAPACIDADE DE 4 A 8 M3 (METROS CÚBICOS).                                                            | EBF02452   | Metro Cúbico | 6,00     |                |             |

**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SANTA MARIA (HUSM-UFSM)  
(UASG 155125)  
Termo de Referência - HUSM**

| Item | Código | CATMAT/<br>CATSER | Especificação | Cód. Inst. | Unidade | Qtd. | Preço Unitário | Preço Total |
|------|--------|-------------------|---------------|------------|---------|------|----------------|-------------|
|------|--------|-------------------|---------------|------------|---------|------|----------------|-------------|

**Informar:**

Razão Social da Empresa: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço, Local e Estado: \_\_\_\_\_

Cep: \_\_\_\_\_ Fone/Fax: \_\_\_\_\_ Telex: \_\_\_\_\_

Nome do Banco: \_\_\_\_\_ Nome da Agência: \_\_\_\_\_ Número da Agência: \_\_\_\_\_

Número Conta Bancária: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
Avenida Roraima 1000, Prédio 22 - Bairro Camobi  
Santa Maria-RS, CEP 97105-900  
- <http://husm-ufsm.ebserh.gov.br>

Despacho - SEI

Processo nº 23541.008978/2025-64

Interessado: Gerência Administrativa

Prezado(a)s,

Em resposta ao ofício 47155499, reforçamos que os requisitos de SOST visam a proteção jurídica da instituição e seus responsáveis, em atendimento às Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego. A empresa é responsável pelas atividades que nela são desempenhadas, devendo garantir a segurança das pessoas mesmo que terceirizadas e suas subcontratadas.

Desta forma, foram criados os requisitos de saúde e segurança, para balizar as áreas demandantes, dando subsídios para que os gestores do contrato possam cobrar e orientar essas empresas quanto ao cumprimento das normas de segurança do trabalho, bem como as demais normas aplicáveis ao negócio.

Quando do não atendimento dessas necessidades em campo o Gestor do Contrato deve ser acionado e regularizar as pendências identificadas.

## **Requisitos de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho (SOST)**

### **Requisitos Gerais e Comuns**

A EBSEH-HUSM estabelece, nesta especificação técnica, as exigências mínimas de SOST/SSP/CMA (Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho/Saúde e Segurança do Paciente/Comissão de Meio Ambiente) para empresa CONTRATADA, que vier a exercer atividades objeto desta licitação.

Caberá à CONTRATADA total responsabilidade no cumprimento dos Requisitos de SOST/SSP/CMA do HUSM-EBSEH, dos procedimentos a seguir estabelecidos, bem como os demais previstos na Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT, Decreto-Lei n.º 5.452 de 01 de maio de 1943, nas Seções III, IV, e V; das Normas Regulamentadoras (NR) aprovadas pela Portaria Nº 3214, de 8 de junho de 1978 do Ministério do Trabalho e Emprego, citadas no termo de referência pertinentes ao objeto da licitação. É obrigação exigida às CONTRATADAS, estendendo-se esta responsabilidade às suas subcontratadas.

A CONTRATADA deverá enviar uma declaração juntamente com a proposta técnica (Anexo 1), se responsabilizando naquilo que se aplicar à atividade, declarando que irá cumprir rigorosamente os preceitos Legais e considerados nesta especificação técnica.

### **Segurança no Trabalho**

As vestimentas, calçado de segurança, óculos de segurança e luvas são de uso obrigatório em todas as atividades.

Para atividades de projetos, a empresa deve fornecer uniformes compatíveis com a atividade a ser desenvolvida, sendo que os mesmos devem proteger os membros superiores e inferiores dos seus empregados, contra projeções de produtos químicos (macacões impermeáveis), partículas sólidas ou líquidas e que atendam às condições climáticas.

Para atividades operacionais, devem ser adotadas vestimentas adequadas ao risco;

Todas as vestimentas devem proteger os membros inferiores e superiores, sendo proibido o uso de bermudas, calções ou similares, regatas, camisas ou camisetas sem mangas, ou similares.

### **Acesso de Empregados Terceirizados**

Todos os serviços executados por empresas terceirizadas nas dependências da EBSEH-HUSM-UFSM deverão ter autorização de um profissional da EBSEH-HUSM-UFSM para liberar o acesso. Outros EPs podem ser necessários conforme atividade.

### **Integração de Segurança**

Todos os empregados deverão passar por integração de segurança antes do início das atividades.

### **Permissão de Trabalho com Riscos Especiais**

Quando aplicável para a atividade, será exigido a CONTRATADA, a adoção das medidas de controle dos seguintes procedimentos

- PTRE - Análise Preliminar de Riscos (Anexo 2);
- PTRE - Trabalho em altura (Anexo 3);
- PTRE - Espaço Confinado (Anexo 4);
- PTRE - Trabalho a quente (Anexo 5);
- PTRE - Trabalhos com eletricidade (Anexo 6);
- PTRE - Movimentação de Carga (Anexo 7).

### Conclusão

A empresa contratada deve cumprir rigorosamente os preceitos legais e considerados nesta especificação técnica, garantindo a segurança de todos os envolvidos.

*(assinado eletronicamente)*

**Robson dos Santos Loureiro**

Chefe Substituto da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho  
Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho - USOST  
HUSM-UFSM/EBSERH



Documento assinado eletronicamente por **Robson dos Santos Loureiro, Chefe de Unidade, Substituto(a)**, em 27/05/2025, às 16:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **49900007** e o código CRC **8319061B**.

**Referência:** Processo nº 23541.008978/2025-64 SEI nº 49900007

## **ANEXO I - TERMO DE ACEITAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS**

À  
EBSERH-HUSM-UFSM – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
Hospital Universitário Federal de Santa Maria  
Av. Roraima, n.º 1000, Prédio 22 – Santa Maria–RS - CEP 97.105-900

A empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ \_\_\_\_\_, assume o compromisso de aceitar e cumprir todos os requisitos, recomendações e normativas contidas nos REQUISITOS DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO de SOST/SSP/CMA (Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho/Saúde e Segurança do Paciente/Comissão de Meio Ambiente) do HUSM-EBSERH.

Localidade, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

---

Preposto da Proponente

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------|--|
| <br><b>EBSERH</b><br>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>ANÁLISE PRELIMINAR DE RISCOS</b><br><b>APR</b>                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Nº: _____-20__</b>                          |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Revisão: 001 - Fevereiro 2017<br>Form xxx-2017 |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>HUSM-UFSM</b>                               |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
| <b>1. Identificação do trabalho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
| Área Emitente:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                               | Responsável pela emissão:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
| Local de realização da atividade:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               | Equipamento/Linha/instalação/sistema:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | TAG/Código:                                    |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
| Recursos Humanos:<br><input type="checkbox"/> Interno (RJU, EBSERH)<br><input type="checkbox"/> Externo - Empresa: _____<br>Nº de trabalhadores envolvidos: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
| Objetivo (Descrição geral) dos trabalhos: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
| Detalhamento do trabalho (como serão realizados/ passos (sem medidas nem riscos)):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
| <b>2. Realização do trabalho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
| Data:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                               | Hora inicial:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Hora final prevista:                           |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
| <b>3. Perigos e Riscos principais</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
| <table border="0"> <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                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
| <b>4. Equipamentos de proteção</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
| <b>EPI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                               | <b>EPC/Outros</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
| <input type="checkbox"/> Capacete de segurança<br><input type="checkbox"/> Protetor auricular<br><input type="checkbox"/> Óculos de segurança<br><input type="checkbox"/> Óculos de soldador<br><input type="checkbox"/> Protetor facial<br><input type="checkbox"/> Respirador (poeiras, névoas e fumos)<br><input type="checkbox"/> Respirador (vapores orgânicos/GA)<br><input type="checkbox"/> Máscara semi-facial<br><input type="checkbox"/> Máscara visor panorâmico<br><input type="checkbox"/> Sistema de ar mandado<br><input type="checkbox"/> Conjunto autônomo de ar<br><input type="checkbox"/> Máscara de soldador – escudo<br><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)<br><input type="checkbox"/> Cinturão de segurança<br><input type="checkbox"/> Talabarte<br><input type="checkbox"/> Trava-queda: comum – retrátil<br><input type="checkbox"/> Linha de Vida<br><input type="checkbox"/> Escada – andaime – PTA<br><input type="checkbox"/> Avental: PVC - Raspa - Tyvek<br><input type="checkbox"/> Macacão: PVC - Raspa – Tyvek<br><input type="checkbox"/> Manga de raspa<br><input type="checkbox"/> Perneira: raspa - PVC<br><input type="checkbox"/> Conjunto para eletricista (capuz+casaco)<br><input type="checkbox"/> Capa de chuva<br><input type="checkbox"/> Outro: |                                                |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                               | <input type="checkbox"/> Linha de vida<br><input type="checkbox"/> Guarda corpo<br><input type="checkbox"/> Escada – andaime - PTA<br><input type="checkbox"/> Placas sinalização<br><input type="checkbox"/> Isolamento: fita – cone – tela<br><input type="checkbox"/> Tapume para solda<br><input type="checkbox"/> Tapete/cobertura Isolante<br><br><input type="checkbox"/> Conjunto Ferramentas Isoladas<br><input type="checkbox"/> Escoramento/tapumes/anteparos<br><input type="checkbox"/> Sistema de exaustão/ventilação<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                                              |                                                |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
| <b>5. Observações</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                                 |                                       |                                                         |                                                       |                                          |                                    |                                          |                                            |                                                 |                                             |                                           |                                                  |                                                |                                           |                                                      |                                                    |                                               |              |                                                     |                                                 |                                         |                                                         |                                        |                                                         |                                             |                                                          |                                       |                                      |                                        |                                  |                                                                                                                |                                             |  |                                                        |                                                                               |  |  |                                                    |  |  |                                                              |  |

|                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |                                                                                                                                                          |                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <br><b>EBSERH</b><br>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS                                                                                  | <b>ANÁLISE PRELIMINAR DE RISCOS</b><br><b>APR</b> |                                                                                                                                                          | <b>Nº: _____-20__</b>                          |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |                                                                                                                                                          | Revisão: 001 - Fevereiro 2017<br>Form xxx-2017 |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |                                                                                                                                                          | <b>HUSM-UFSM</b>                               |
| <b>6. Documentos vinculados ( ) Não aplicável</b>                                                                                                                                                                        |                                                   |                                                                                                                                                          |                                                |
| PTRE Nº: _____                                                                                                                                                                                                           |                                                   | FAMTRE Nº _____                                                                                                                                          |                                                |
| FCEP Nº: _____                                                                                                                                                                                                           |                                                   | CHECKLIST DE LIBERAÇÃO DE ANDAIME Nº: _____                                                                                                              |                                                |
| <b>7. Envolvidos no trabalho</b>                                                                                                                                                                                         |                                                   |                                                                                                                                                          |                                                |
| Nome                                                                                                                                                                                                                     |                                                   | Cargo/Função                                                                                                                                             | Assinatura                                     |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |                                                                                                                                                          |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |                                                                                                                                                          |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |                                                                                                                                                          |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |                                                                                                                                                          |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |                                                                                                                                                          |                                                |
| <b>8. Autorização da APR</b>                                                                                                                                                                                             |                                                   |                                                                                                                                                          |                                                |
| 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. |                                                   |                                                                                                                                                          |                                                |
| <b>Responsável pela Área:</b>                                                                                                                                                                                            |                                                   | <b>Responsável pela Execução:</b>                                                                                                                        |                                                |
| Data: _____<br>Hora: _____                                                                                                                                                                                               |                                                   | Data: _____<br>Hora: _____                                                                                                                               |                                                |
| Assinatura: _____                                                                                                                                                                                                        |                                                   | Assinatura: _____                                                                                                                                        |                                                |
| <b>9. Fiscalização</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                   |                                                                                                                                                          |                                                |
| <b>Fiscalização 1:</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                   | <b>Fiscalização 2:</b>                                                                                                                                   |                                                |
| Hora: _____                                                                                                                                                                                                              |                                                   | Hora: _____                                                                                                                                              |                                                |
| Fiscal: _____                                                                                                                                                                                                            |                                                   | Fiscal: _____                                                                                                                                            |                                                |
| Condições: ( ) C ( ) NC                                                                                                                                                                                                  |                                                   | Condições: ( ) C ( ) NC                                                                                                                                  |                                                |
| Assinatura: _____                                                                                                                                                                                                        |                                                   | Assinatura: _____                                                                                                                                        |                                                |
| <b>9.1 CONDUTAS DA FISCALIZAÇÃO – SE CONDIÇÕES ESTIVEREM “NC”</b>                                                                                                                                                        |                                                   |                                                                                                                                                          |                                                |
| a. <u>Fiscalização 1</u> - Descrever as condições não conformes e medidas a serem adotadas:                                                                                                                              |                                                   | Condição corrigida: ( ) S ( ) N<br>Se “Sim”: autorizo a continuidade do trabalho.<br>Hora: _____<br>Ass. resp. Área: _____<br>Ass. resp. Execução: _____ |                                                |
| b. <u>Fiscalização 2</u> - Descrever as condições não conformes e medidas a serem adotadas:                                                                                                                              |                                                   | Condição corrigida: ( ) S ( ) N<br>Se “Sim”: autorizo a continuidade do trabalho.<br>Ass. resp. Área: _____<br>Ass. resp. Execução: _____                |                                                |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------|------------------------|----------------------------|------------|----------------------------------------------------|-------------------|--|---------------------------------------------------|-----------------------------|--|---------------------------------|--------------------|--|-------------------------|--|--|
|  <b>EBSERH</b><br>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>PERMISSÃO PARA TRABALHOS COM RISCOS ESPECIAIS (PTRE)</b>      |                                             | <b>Nº: 00X-2017</b>                            |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |                                             | Revisão: 001 - Fevereiro 2017<br>Form xxx-2017 |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |                                             | <b>HUSM-UFSM</b>                               |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| <b>TRABALHO EM ALTURA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                  |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| <b>1. Identificação do trabalho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| 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)):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                  |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| <b>2. Realização do trabalho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                  |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| Data:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Hora inicial:                                                    | Hora final prevista:                        |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| <b>3. Recursos Humanos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                  |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) Interno (RJU, EBSERH)    ( ) Externo (Prestador de Serviço): Empresa: _____<br>N.º de envolvidos: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| <b>4. Riscos principais</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| <table border="0"> <tr> <td>( ) Projecção de partículas</td> <td>( ) Contato com peças com cantos e arestas cortantes/perfurantes</td> <td>( ) Atropelamento</td> </tr> <tr> <td>( ) projecção faíscas/fagulhas</td> <td>( ) Energias Perigosas presentes (qual(is)):<br/>Origem:</td> <td>( ) Queimaduras térmicas/insolação</td> </tr> <tr> <td>( ) Ruído Excessivo</td> <td>( ) Choque elétrico</td> <td>( ) Queimaduras químicas</td> </tr> <tr> <td>( ) Radiação ionizante</td> <td>( ) Equipamento sujeito à pressão</td> <td>( ) Levantamento/transporte de peso</td> </tr> <tr> <td>( ) Vibração</td> <td>( ) Queda diferença nível</td> <td>( ) Desmoronamento/desabamento/deslizamento</td> </tr> <tr> <td>( ) Calor excessivo/insolação</td> <td>( ) Piso escorregadio</td> <td>( ) Incêndio/ Explosão</td> </tr> <tr> <td>( ) Contato com partes quentes</td> <td>( ) Queda de objetos em geral</td> <td>( ) Vazamento/derramamento</td> </tr> <tr> <td>( ) Intempérie (sol, chuva, vento)</td> <td>( ) Queda de equipamento</td> <td>( ) Inundação</td> </tr> <tr> <td>( ) Material biológico</td> <td>( ) Tombamento/capotamento</td> <td>( ) Outros</td> </tr> <tr> <td>( ) Contato de produto químico com a pele/ingestão</td> <td>( ) Batida contra</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) inalação de produtos químicos (gases/vapores)</td> <td>( ) Afogamento/engolfamento</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) inalação de fumos metálicos</td> <td>( ) Aprisionamento</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) inalação de poeiras</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                                                                  |                                             |                                                | ( ) Projecção de partículas | ( ) Contato com peças com cantos e arestas cortantes/perfurantes | ( ) Atropelamento | ( ) projecção faíscas/fagulhas | ( ) Energias Perigosas presentes (qual(is)):<br>Origem: | ( ) Queimaduras térmicas/insolação | ( ) Ruído Excessivo | ( ) Choque elétrico | ( ) Queimaduras químicas | ( ) Radiação ionizante | ( ) Equipamento sujeito à pressão | ( ) Levantamento/transporte de peso | ( ) Vibração | ( ) Queda diferença nível | ( ) Desmoronamento/desabamento/deslizamento | ( ) Calor excessivo/insolação | ( ) Piso escorregadio | ( ) Incêndio/ Explosão | ( ) Contato com partes quentes | ( ) Queda de objetos em geral | ( ) Vazamento/derramamento | ( ) Intempérie (sol, chuva, vento) | ( ) Queda de equipamento | ( ) Inundação | ( ) Material biológico | ( ) Tombamento/capotamento | ( ) Outros | ( ) Contato de produto químico com a pele/ingestão | ( ) Batida contra |  | ( ) inalação de produtos químicos (gases/vapores) | ( ) Afogamento/engolfamento |  | ( ) inalação de fumos metálicos | ( ) Aprisionamento |  | ( ) inalação de poeiras |  |  |
| ( ) Projecção de partículas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ( ) Contato com peças com cantos e arestas cortantes/perfurantes | ( ) Atropelamento                           |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) projecção faíscas/fagulhas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ( ) Energias Perigosas presentes (qual(is)):<br>Origem:          | ( ) Queimaduras térmicas/insolação          |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) Ruído Excessivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ( ) Choque elétrico                                              | ( ) Queimaduras químicas                    |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) Radiação ionizante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ( ) Equipamento sujeito à pressão                                | ( ) Levantamento/transporte de peso         |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) Vibração                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ( ) Queda diferença nível                                        | ( ) Desmoronamento/desabamento/deslizamento |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) Calor excessivo/insolação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ( ) Piso escorregadio                                            | ( ) Incêndio/ Explosão                      |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) Contato com partes quentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ( ) Queda de objetos em geral                                    | ( ) Vazamento/derramamento                  |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) Intempérie (sol, chuva, vento)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ( ) Queda de equipamento                                         | ( ) Inundação                               |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) Material biológico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ( ) Tombamento/capotamento                                       | ( ) Outros                                  |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) Contato de produto químico com a pele/ingestão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ( ) Batida contra                                                |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) inalação de produtos químicos (gases/vapores)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ( ) Afogamento/engolfamento                                      |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) inalação de fumos metálicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ( ) Aprisionamento                                               |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) inalação de poeiras                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                  |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <br><b>EBSERH</b><br>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>PERMISSÃO PARA TRABALHOS COM RISCOS ESPECIAIS (PTRE)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Nº: 00X-2017</b>                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Revisão: 001 - Fevereiro 2017<br>Form xxx-2017 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |
| <b>5. Equipamentos de proteção</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |
| <b>EPI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             | <b>EPC/Outros</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                |
| <input type="checkbox"/> Capacete de segurança com jugular<br><input type="checkbox"/> Capacete para eletricista<br><input type="checkbox"/> Protetor Auricular<br><input type="checkbox"/> Óculos de Segurança Incolor<br><input type="checkbox"/> Óculos de segurança lente escura<br><input type="checkbox"/> Óculos de soldador<br><input type="checkbox"/> Protetor facial<br><input type="checkbox"/> Máscara de soldador - escudo<br><input type="checkbox"/> Respirador para poeiras, névoas e fumos<br><input type="checkbox"/> Respirador para vapores orgânicos<br><input type="checkbox"/> Respiradores para gases ácidos<br><input type="checkbox"/> Respirador com filtros combinados<br><input type="checkbox"/> Máscara de visor panorâmico<br><input type="checkbox"/> Sistema de ar mandado<br><br><input type="checkbox"/> conjunto autônomo de ar<br><input type="checkbox"/> Cinto tipo Paraquedista<br><input type="checkbox"/> Talabarte Y ou 2 talabartes<br><input type="checkbox"/> Perneira (raspa/PVC)<br><input type="checkbox"/> Capa de chuva (PVC)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             | <input type="checkbox"/> Calçado de segurança (botina sem biqueira)<br><input type="checkbox"/> Calçado de segurança (botina com biqueira aço/toebox/composite)<br><input type="checkbox"/> Calçado de segurança (para eletricista)<br><input type="checkbox"/> Calçado de segurança (bota de borracha)<br><input type="checkbox"/> Calçado de segurança (bota de PVC)<br><input type="checkbox"/> Luva Nitrílica<br><input type="checkbox"/> Luva Látex<br><input type="checkbox"/> Luva PVC<br><input type="checkbox"/> Luva Malha (com ou sem pigmentação)<br><br><input type="checkbox"/> Luva Vaqueta<br><input type="checkbox"/> Luva de vaqueta (cobertura arco elétrico)<br><input type="checkbox"/> Luva Raspa<br><input type="checkbox"/> Luva Raspa<br><input type="checkbox"/> Avental de PVC/raspa/Tyvek (com/sem manga)<br><input type="checkbox"/> Macacão de tyvec<br><input type="checkbox"/> Macacão de PVC<br><input type="checkbox"/> Uniforme para eletricista (conjunto)<br><input type="checkbox"/> Manga de raspa<br><input type="checkbox"/> Outro<br><br><input type="checkbox"/> Guarda Corpo<br><input type="checkbox"/> Linha de Vida Móvel<br><input type="checkbox"/> Linha de Vida Fixa<br><input type="checkbox"/> Placas Sinalização<br><input type="checkbox"/> Isolamento de Área<br><input type="checkbox"/> Tapume para solda<br><input type="checkbox"/> Tapete Isolante<br><input type="checkbox"/> Coberturas Isolantes<br><input type="checkbox"/> Conjunto Ferramentas Isoladas<br><br><input type="checkbox"/> Cones Sinalização<br><input type="checkbox"/> Fitas Sinalização<br><input type="checkbox"/> Escoramento<br><input type="checkbox"/> Tapumes<br><input type="checkbox"/> Sistema de Exaustão<br><br><input type="checkbox"/> Andaime- tipo:<br><input type="checkbox"/> Escada – tipo:<br><input type="checkbox"/> Plataforma elevatória: tipo:<br><input type="checkbox"/> Travaquedas-tipo:<br><input type="checkbox"/> Outro: |                                                |
| <b>6. ANÁLISE GERAL E MEDIDAS ADOTADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |
| a. Foi analisado o ambiente antes do início das atividades? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>b. A área está sinalizada? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>c. Pessoas vizinhas foram orientadas a afastarem-se do local de risco? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>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<br>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<br>f. As energias perigosas foram bloqueadas e desenergizadas? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>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<br>h. Ficha de Controle de Energia Perigosa (FCEP) preenchida? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>i. *Anotar as energias envolvidas no campo "8".<br>j. Há existência de anteparos/tapumes? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>k. O Ambiente está ventilado adequadamente? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>l. 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<br>m. 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<br>n. Recursos de resgate e salvamento estão disponíveis? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>o. Área restrita e isolada? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>p. *Anexar comprovante de avaliação médica liberando-o ou não para a atividade. |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |
| <b>6.1 ANÁLISE ESPECÍFICA – TRABALHO EM ALTURA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |
| a. Há alguma forma de realizar o trabalho abaixo de 2 metros de altura? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N<br>b. O trabalho requer uso de:<br><input type="checkbox"/> andaime <input type="checkbox"/> escada <input type="checkbox"/> PTA<br><input type="checkbox"/> telhado<br><input type="checkbox"/> outro<br>c. Trabalhador executante possui ASO consoante aptidão para trabalho em altura? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>d. Aptos para o trabalho? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |
| <b>6.1.1 USO DE ANDAIME / CADEIRA SUSPensa - <input type="checkbox"/> Aplicável <input type="checkbox"/> Não aplicável</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |
| a. Tipo de andaime utilizado:<br><input type="checkbox"/> Simples apoiado ( de quadro) <input type="checkbox"/> móvel<br><input type="checkbox"/> Fachadeiro/ multidir/ tubular<br><input type="checkbox"/> em balanço<br><input type="checkbox"/> suspenso<br><input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Motoriz. <input type="checkbox"/> Individual<br>b. As bases do andaime estão niveladas e seguras? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>c. O andaime/cadeira foi montado por pessoa capacitada para tal fim: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>d. Todas as peças do andaime já estão no local de trabalho, bem como montantes, guarda-corpo, diagonal, escadas, pranchas? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>e. O andaime está montado em piso resistente e plano? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>f. Os andaimes dispõem de guarda-corpo e rodapé? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>g. O acesso aos andaimes/cadeira é feito de maneira segura? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>h. Os andaimes que excedem em altura, 4 vezes a sua base, são estaiados/ancorados? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>i. Os pontos de ancoragem do andaime/cadeira e cabo-guia estão em boas condições e comportam os esforços necessários? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>* Descrever tipo de acesso no campo "7".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             |  |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|
| <br><b>EBSERH</b><br>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>PERMISSÃO PARA TRABALHOS COM RISCOS ESPECIAIS (PTRE)</b> |  | <b>Nº: 00X-2017</b>                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             |  | Revisão: 001 - Fevereiro 2017<br>Form xxx-2017 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             |  | <b>HUSM-UFSM</b>                               |
| j. As placas/tábuas da plataforma de trabalho estão travadas? ( ) S ( ) N ( ) NA<br><br>m. Para andaimes suspensos /cadeiras suspensas, o sistema de movimentação (mecânico ou manual) encontra-se em bom estado? ( ) S ( ) N ( ) NA                                                                                                                                                        |                                                             |  |                                                |
| k. O piso de trabalho é resistente e adequado? ( ) S ( ) N ( ) NA<br>n. Existe cabo-guia independente para cada trabalhador do andaime/cadeira? ( ) S ( ) N ( ) NA                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |  |                                                |
| l. Foi instalado intertravamento? ( ) S ( ) N ( ) NA<br><br>o. O andaime/cadeira, foi inspecionado, está em boas condições e liberado para uso? ( ) S ( ) N<br>* Se "Sim", placa de "LIBERADO" deve ser instalada.                                                                                                                                                                          |                                                             |  |                                                |
| <b>6.1.2 USO DE ESCADAS - ( ) Aplicável ( ) Não aplicável</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                             |  |                                                |
| a. Qual tipo de escada utilizada? ( ) único lance ( ) 2 lances ( ) outra<br>d. A escada está em boas condições de uso? ( ) S ( ) N ( ) NA<br>g. As escadas simples possuem comprimento inferior à 7 metros? ( ) S ( ) N ( ) NA                                                                                                                                                              |                                                             |  |                                                |
| b. Qual material da escada? ( ) metal ( ) madeira ( ) fibra ( ) outro<br>e. A escada está fixada na extremidade superior? ( ) S ( ) N ( ) NA<br>h. Outras medidas adotadas (descrever):                                                                                                                                                                                                     |                                                             |  |                                                |
| c. Escada com sapatas anti-derrapantes? ( ) S ( ) N ( ) NA<br>f. A Inclinação obedece a proporção de 1:4? ( ) S ( ) N ( ) NA                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                             |  |                                                |
| <b>6.1.3 USO DE EQUIPAMENTO DE ELEVAÇÃO DE PESSOAS - ( ) Aplicável ( ) Não aplicável</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |  |                                                |
| a. Qual tipo de equipamento utilizado? ( ) Tesoura ( ) elétrica ( ) diesel ( ) Lança articulada ( ) Lança Telescópica<br>b. O local e posicionamento do equipamento são apropriados? ( ) S ( ) N ( ) NA<br>c. Foi realizado pré-teste no equipamento? ( ) S ( ) N ( ) NA<br>Equipamento em condições? ( ) S ( ) N<br>d. Capacidade de carga do equipamento está visível? ( ) S ( ) N ( ) NA |                                                             |  |                                                |
| <b>6.1.4 TRABALHO EM TELHADOS /COBERTURAS - ( ) Aplicável ( ) Não aplicável</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             |  |                                                |
| a. O tipo de telha, seu estado de conservação e sua resistência permitem trabalhar sobre a mesma? ( ) S ( ) N ( ) NA<br>d. Existem pontos de ancoragem no telhado? ( ) S ( ) N ( ) NA<br>Qual tipo:<br>g. O risco de concentração de carga sobre partes do telhado foi analisado? ( ) S ( ) N ( ) NA                                                                                        |                                                             |  |                                                |
| b. Será utilizada passarela para telhado para os deslocamentos e posicionamento? ( ) S ( ) N ( ) NA<br>e. Há área destinada a içamento e movimentação de material? ( ) S ( ) N ( ) NA<br>Área isolada? ( ) S ( ) N<br>h. Outras medidas adotadas (descrever):                                                                                                                               |                                                             |  |                                                |
| c. As passarelas para telhado possuem pisos anti-derrapantes? ( ) S ( ) N ( ) NA<br>f. As condições climáticas permitem a execução dos trabalhos? ( ) S ( ) N ( ) NA<br>* anotar no campo "8".                                                                                                                                                                                              |                                                             |  |                                                |
| <b>6.1.5 OUTRA MODALIDADE - ( ) Aplicável ( ) Não aplicável Modalidade:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             |  |                                                |
| a. Descrever as condições e medidas adotadas:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                             |  |                                                |
| <b>6.2 ANÁLISE – OUTRO TIPO DE TRABALHO PERIGOSO CONCOMITANTE ( ) Aplicável ( ) Não aplicável</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |  |                                                |
| ( ) Espaço confinado ( ) Eletricidade ( ) Movimentação de carga ( ) Trabalho a quente ( ) Demolição/escavação<br>( ) Abertura de linha/equipamento ( ) Substâncias químicas perigosas                                                                                                                                                                                                       |                                                             |  |                                                |
| a. <b>Outro tipo de trabalho não perigoso:</b> Descrever detalhes e medidas adotadas específicas:                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |  |                                                |

|                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                                            |                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
|  <b>EBSERH</b><br>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS                                                                                     | <b>PERMISSÃO PARA TRABALHOS COM RISCOS ESPECIAIS (PTRE)</b> |                                                                            | <b>Nº: 00X-2017</b>                            |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                                            | Revisão: 001 - Fevereiro 2017<br>Form xxx-2017 |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                                            |                                                |
| <b>7. Envolvidos no trabalho</b>                                                                                                                                                                                         |                                                             |                                                                            |                                                |
| <b>Nome</b>                                                                                                                                                                                                              | <b>Cargo/Função</b>                                         | <b>Assinatura</b>                                                          |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                                            |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                                            |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                                            |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                                            |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                                            |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                                            |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                                            |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                                            |                                                |
| <b>8. Observações</b>                                                                                                                                                                                                    |                                                             |                                                                            |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                                            |                                                |
| <b>9. Permissão para Trabalho com Risco Especial - Autorização</b>                                                                                                                                                       |                                                             |                                                                            |                                                |
| 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. |                                                             |                                                                            |                                                |
| <b>Responsável pela Área:</b><br><br>Data:<br>Hora:<br><br>Assinatura:                                                                                                                                                   |                                                             | <b>Responsável pela Execução:</b><br><br>Data:<br>Hora:<br><br>Assinatura: |                                                |
| <b>10. Prorrogação do trabalho    (    ) Aplicável    (    ) Não aplicável</b>                                                                                                                                           |                                                             |                                                                            |                                                |
| Hora inicial:                      Hora final:<br>O trabalho está concluído? (    )S (    )N<br><u>*Se Não, abrir nova PTRE.</u><br>Responsável:<br><br>Assinatura:                                                      |                                                             |                                                                            |                                                |
| <b>**Serviço/atividade prorrogável por uma única vez conforme procedimento.</b>                                                                                                                                          |                                                             |                                                                            |                                                |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------|---------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------|------------------------|----------------------------|------------|----------------------------------------------------|-------------------|--|---------------------------------------------------|-----------------------------|--|---------------------------------|--------------------|--|-------------------------|--|--|
|  <b>EBSERH</b><br>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>PERMISSÃO PARA TRABALHOS COM RISCOS ESPECIAIS (PTRE)</b>      |                                             | <b>Nº: 00X-2017</b>                            |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |                                             | Revisão: 001 - Fevereiro 2017<br>Form xxx-2017 |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |                                             | <b>HUSM-UFSM</b>                               |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| <b>TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO</b><br><b>(Requer Permissão de Entrada e Trabalho - PET)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| <b>1. Identificação do trabalho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| 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)):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                  |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| <b>2. Realização do trabalho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                  |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| Data:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Hora inicial:                                                    | Hora final prevista:                        |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| <b>3. Recursos Humanos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                  |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) Interno (RJU, EBSERH)    ( ) Externo (Prestador de Serviço): Empresa: _____<br>N.º de envolvidos: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| <b>4. Riscos principais</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| <table border="0"> <tr> <td>( ) Projecção de partículas</td> <td>( ) Contato com peças com cantos e arestas cortantes/perfurantes</td> <td>( ) Atropelamento</td> </tr> <tr> <td>( ) projecção faíscas/fagulhas</td> <td>( ) Energias Perigosas presentes (qual(is)):<br/>Origem:</td> <td>( ) Queimaduras térmicas/insolação</td> </tr> <tr> <td>( ) Ruído Excessivo</td> <td>( ) Choque elétrico</td> <td>( ) Queimaduras químicas</td> </tr> <tr> <td>( ) Radiação ionizante</td> <td>( ) Equipamento sujeito à pressão</td> <td>( ) Levantamento/transporte de peso</td> </tr> <tr> <td>( ) Vibração</td> <td>( ) Queda diferença nível</td> <td>( ) Desmoronamento/desabamento/deslizamento</td> </tr> <tr> <td>( ) Calor excessivo/insolação</td> <td>( ) Piso escorregadio</td> <td>( ) Incêndio/ Explosão</td> </tr> <tr> <td>( ) Contato com partes quentes</td> <td>( ) Queda de objetos em geral</td> <td>( ) Vazamento/derramamento</td> </tr> <tr> <td>( ) Intempérie (sol, chuva, vento)</td> <td>( ) Queda de equipamento</td> <td>( ) Inundação</td> </tr> <tr> <td>( ) Material biológico</td> <td>( ) Tombamento/capotamento</td> <td>( ) Outros</td> </tr> <tr> <td>( ) Contato de produto químico com a pele/ingestão</td> <td>( ) Batida contra</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) inalação de produtos químicos (gases/vapores)</td> <td>( ) Afogamento/engolfamento</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) inalação de fumos metálicos</td> <td>( ) Aprisionamento</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) inalação de poeiras</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                                                                  |                                             |                                                | ( ) Projecção de partículas | ( ) Contato com peças com cantos e arestas cortantes/perfurantes | ( ) Atropelamento | ( ) projecção faíscas/fagulhas | ( ) Energias Perigosas presentes (qual(is)):<br>Origem: | ( ) Queimaduras térmicas/insolação | ( ) Ruído Excessivo | ( ) Choque elétrico | ( ) Queimaduras químicas | ( ) Radiação ionizante | ( ) Equipamento sujeito à pressão | ( ) Levantamento/transporte de peso | ( ) Vibração | ( ) Queda diferença nível | ( ) Desmoronamento/desabamento/deslizamento | ( ) Calor excessivo/insolação | ( ) Piso escorregadio | ( ) Incêndio/ Explosão | ( ) Contato com partes quentes | ( ) Queda de objetos em geral | ( ) Vazamento/derramamento | ( ) Intempérie (sol, chuva, vento) | ( ) Queda de equipamento | ( ) Inundação | ( ) Material biológico | ( ) Tombamento/capotamento | ( ) Outros | ( ) Contato de produto químico com a pele/ingestão | ( ) Batida contra |  | ( ) inalação de produtos químicos (gases/vapores) | ( ) Afogamento/engolfamento |  | ( ) inalação de fumos metálicos | ( ) Aprisionamento |  | ( ) inalação de poeiras |  |  |
| ( ) Projecção de partículas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ( ) Contato com peças com cantos e arestas cortantes/perfurantes | ( ) Atropelamento                           |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) projecção faíscas/fagulhas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ( ) Energias Perigosas presentes (qual(is)):<br>Origem:          | ( ) Queimaduras térmicas/insolação          |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) Ruído Excessivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ( ) Choque elétrico                                              | ( ) Queimaduras químicas                    |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) Radiação ionizante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ( ) Equipamento sujeito à pressão                                | ( ) Levantamento/transporte de peso         |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) Vibração                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ( ) Queda diferença nível                                        | ( ) Desmoronamento/desabamento/deslizamento |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) Calor excessivo/insolação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ( ) Piso escorregadio                                            | ( ) Incêndio/ Explosão                      |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) Contato com partes quentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ( ) Queda de objetos em geral                                    | ( ) Vazamento/derramamento                  |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) Intempérie (sol, chuva, vento)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ( ) Queda de equipamento                                         | ( ) Inundação                               |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) Material biológico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ( ) Tombamento/capotamento                                       | ( ) Outros                                  |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) Contato de produto químico com a pele/ingestão                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ( ) Batida contra                                                |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) inalação de produtos químicos (gases/vapores)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ( ) Afogamento/engolfamento                                      |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) inalação de fumos metálicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ( ) Aprisionamento                                               |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |
| ( ) inalação de poeiras                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                  |                                             |                                                |                             |                                                                  |                   |                                |                                                         |                                    |                     |                     |                          |                        |                                   |                                     |              |                           |                                             |                               |                       |                        |                                |                               |                            |                                    |                          |               |                        |                            |            |                                                    |                   |  |                                                   |                             |  |                                 |                    |  |                         |  |  |

| <br><b>EBSERH</b><br>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>PERMISSÃO PARA TRABALHOS COM RISCOS ESPECIAIS (PTRE)</b>         | <b>Nº: 00X-2017</b>                            |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----|------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|--------------------|---------------------|----------------|----------------------------------|--------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|---------------------------------|----------------|---------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------------|--------------------|---------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------|-----------|------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|-------------|-------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------------|-----------------------|------------|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                     | Revisão: 001 - Fevereiro 2017<br>Form xxx-2017 |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                     | <b>HUSM-UFSM</b>                               |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| <b>5. Equipamentos de proteção</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                     |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>EPI</th> <th>EPC/Outros</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>( ) Capacete de segurança com jugular</td> <td>( ) Calçado de segurança (botina sem biqueira)</td> </tr> <tr> <td>( ) Capacete para eletricista</td> <td>( ) Calçado de segurança (botina com biqueira aço/toebox/composite)</td> </tr> <tr> <td>( ) Protetor Auricular</td> <td>( ) Calçado de segurança (para eletricista)</td> </tr> <tr> <td>( ) Óculos de Segurança Incolor</td> <td>( ) Calçado de segurança (bota de borracha)</td> </tr> <tr> <td>( ) Óculos de segurança lente escura</td> <td>( ) Calçado de segurança (bota de PVC)</td> </tr> <tr> <td>( ) Óculos de soldador</td> <td>( ) Luva Nitrílica</td> </tr> <tr> <td>( ) Protetor facial</td> <td>( ) Luva Látex</td> </tr> <tr> <td>( ) Máscara de soldador - escudo</td> <td>( ) Luva PVC</td> </tr> <tr> <td>( ) Respirador para poeiras, névoas e fumos</td> <td>( ) Luva Malha (com ou sem pigmentação)</td> </tr> <tr> <td>( ) Respirador para vapores orgânicos</td> <td>( ) Luva Vaqueta</td> </tr> <tr> <td>( ) Respiradores para gases ácidos</td> <td>( ) Luva de vaqueta (cobertura arco elétrico)</td> </tr> <tr> <td>( ) Respirador com filtros combinados</td> <td>( ) Luva Raspa</td> </tr> <tr> <td>( ) Máscara de visor panorâmico</td> <td>( ) Luva Raspa</td> </tr> <tr> <td>( ) Sistema de ar mandado</td> <td>( ) Avental de PVC/raspa/Tyvek (com/sem manga)</td> </tr> <tr> <td>( ) conjunto autônomo de ar</td> <td>( ) Macacão de tyvec</td> </tr> <tr> <td>( ) Cinto tipo Paraquedista</td> <td>( ) Macacão de PVC</td> </tr> <tr> <td>( ) Talabarte Y ou 2 talabartes</td> <td>( ) Uniforme para eletricista (conjunto)</td> </tr> <tr> <td>( ) Perneira (raspa/PVC)</td> <td>( ) Manga de raspa</td> </tr> <tr> <td>( ) Capa de chuva (PVC)</td> <td>( ) Outro</td> </tr> <tr> <td>( ) Guarda Corpo</td> <td>( ) Linha de Vida Móvel</td> </tr> <tr> <td>( ) Linha de Vida Fixa</td> <td>( ) Placas Sinalização</td> </tr> <tr> <td>( ) Isolamento de Área</td> <td>( ) Tapume para solda</td> </tr> <tr> <td>( ) Tapete Isolante</td> <td>( ) Coberturas Isolantes</td> </tr> <tr> <td>( ) Conjunto Ferramentas Isoladas</td> <td>( ) Cones Sinalização</td> </tr> <tr> <td>( ) Fitas Sinalização</td> <td>( ) Escoramento</td> </tr> <tr> <td>( ) Tapumes</td> <td>( ) Sistema de Exaustão</td> </tr> <tr> <td>( ) Andaime- tipo:</td> <td>( ) Escada – tipo:</td> </tr> <tr> <td>( ) Plataforma elevatória: tipo:</td> <td>( ) Travaquedas-tipo:</td> </tr> <tr> <td>( ) Outro:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                                                                     |                                                | EPI | EPC/Outros | ( ) Capacete de segurança com jugular | ( ) Calçado de segurança (botina sem biqueira) | ( ) Capacete para eletricista | ( ) Calçado de segurança (botina com biqueira aço/toebox/composite) | ( ) Protetor Auricular | ( ) Calçado de segurança (para eletricista) | ( ) Óculos de Segurança Incolor | ( ) Calçado de segurança (bota de borracha) | ( ) Óculos de segurança lente escura | ( ) Calçado de segurança (bota de PVC) | ( ) Óculos de soldador | ( ) Luva Nitrílica | ( ) Protetor facial | ( ) Luva Látex | ( ) Máscara de soldador - escudo | ( ) Luva PVC | ( ) Respirador para poeiras, névoas e fumos | ( ) Luva Malha (com ou sem pigmentação) | ( ) Respirador para vapores orgânicos | ( ) Luva Vaqueta | ( ) Respiradores para gases ácidos | ( ) Luva de vaqueta (cobertura arco elétrico) | ( ) Respirador com filtros combinados | ( ) Luva Raspa | ( ) Máscara de visor panorâmico | ( ) Luva Raspa | ( ) Sistema de ar mandado | ( ) Avental de PVC/raspa/Tyvek (com/sem manga) | ( ) conjunto autônomo de ar | ( ) Macacão de tyvec | ( ) Cinto tipo Paraquedista | ( ) Macacão de PVC | ( ) Talabarte Y ou 2 talabartes | ( ) Uniforme para eletricista (conjunto) | ( ) Perneira (raspa/PVC) | ( ) Manga de raspa | ( ) Capa de chuva (PVC) | ( ) Outro | ( ) Guarda Corpo | ( ) Linha de Vida Móvel | ( ) Linha de Vida Fixa | ( ) Placas Sinalização | ( ) Isolamento de Área | ( ) Tapume para solda | ( ) Tapete Isolante | ( ) Coberturas Isolantes | ( ) Conjunto Ferramentas Isoladas | ( ) Cones Sinalização | ( ) Fitas Sinalização | ( ) Escoramento | ( ) Tapumes | ( ) Sistema de Exaustão | ( ) Andaime- tipo: | ( ) Escada – tipo: | ( ) Plataforma elevatória: tipo: | ( ) Travaquedas-tipo: | ( ) Outro: |  |
| EPI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | EPC/Outros                                                          |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Capacete de segurança com jugular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ( ) Calçado de segurança (botina sem biqueira)                      |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Capacete para eletricista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ( ) Calçado de segurança (botina com biqueira aço/toebox/composite) |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Protetor Auricular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ( ) Calçado de segurança (para eletricista)                         |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Óculos de Segurança Incolor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ( ) Calçado de segurança (bota de borracha)                         |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Óculos de segurança lente escura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ( ) Calçado de segurança (bota de PVC)                              |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Óculos de soldador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ( ) Luva Nitrílica                                                  |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Protetor facial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ( ) Luva Látex                                                      |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Máscara de soldador - escudo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ( ) Luva PVC                                                        |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Respirador para poeiras, névoas e fumos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ( ) Luva Malha (com ou sem pigmentação)                             |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Respirador para vapores orgânicos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ( ) Luva Vaqueta                                                    |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Respiradores para gases ácidos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ( ) Luva de vaqueta (cobertura arco elétrico)                       |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Respirador com filtros combinados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ( ) Luva Raspa                                                      |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Máscara de visor panorâmico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ( ) Luva Raspa                                                      |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Sistema de ar mandado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ( ) Avental de PVC/raspa/Tyvek (com/sem manga)                      |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) conjunto autônomo de ar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ( ) Macacão de tyvec                                                |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Cinto tipo Paraquedista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ( ) Macacão de PVC                                                  |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Talabarte Y ou 2 talabartes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ( ) Uniforme para eletricista (conjunto)                            |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Perneira (raspa/PVC)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ( ) Manga de raspa                                                  |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Capa de chuva (PVC)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ( ) Outro                                                           |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Guarda Corpo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ( ) Linha de Vida Móvel                                             |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Linha de Vida Fixa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ( ) Placas Sinalização                                              |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Isolamento de Área                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ( ) Tapume para solda                                               |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Tapete Isolante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ( ) Coberturas Isolantes                                            |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Conjunto Ferramentas Isoladas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ( ) Cones Sinalização                                               |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Fitas Sinalização                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ( ) Escoramento                                                     |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Tapumes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ( ) Sistema de Exaustão                                             |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Andaime- tipo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ( ) Escada – tipo:                                                  |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Plataforma elevatória: tipo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ( ) Travaquedas-tipo:                                               |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| ( ) Outro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                     |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| <b>6. ANÁLISE GERAL E MEDIDAS ADOTADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                     |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| <p>a. Foi analisado o ambiente antes do início das atividades? ( ) S ( ) N ( ) NA</p> <p>b. A área está sinalizada? ( ) S ( ) N ( ) NA</p> <p>c. Pessoas vizinhas foram orientadas a afastarem-se do local de risco? ( ) S ( ) N ( ) NA</p> <p>d. Existe mais de uma frente de serviço concomitante? Se sim, anotar no campo "8". ( ) S ( ) N ( ) NA</p> <p>e. Existe impedimento para as frentes de trabalho concomitantes? Se sim, anotar no campo "8". ( ) S ( ) N ( ) NA</p> <p>f. As energias perigosas foram bloqueadas e desenergizadas? ( ) S ( ) N ( ) NA</p> <p>g. Trabalhador que realiza o bloqueio de energia perigosa está autorizado formalmente pela empresa? ( ) S ( ) N ( ) NA</p> <p>h. Ficha de Controle de Energia Perigosa (FCEP) preenchida? ( ) S ( ) N ( ) NA</p> <p>i. As ferramentas, equipamentos e outros materiais foram inspecionados e estão em boas condições de uso? ( ) S ( ) N ( ) NA</p> <p>j. Há existência de anteparos/tapumes? ( ) S ( ) N ( ) NA</p> <p>k. O Ambiente está ventilado adequadamente? ( ) S ( ) N ( ) NA</p> <p>l. Os trabalhadores executantes estão autorizados e capacitados pela empresa para realizar a atividade? ( ) S ( ) N ( )</p> <p>m. Trabalhador executante do trabalho em altura e espaço confinado apresenta queixa de não estar em condições física para a atividade, para o trabalho? ( ) S ( ) N ( ) NA</p> <p>n. Descrever tipo de capacitação dos trabalhadores (NR): ( ) NR 10-B ( ) NR 10-SEP ( ) NR 11 ( ) NR 20 ( ) NR 35 ( ) NR 33</p> <p>o. Recursos de resgate e salvamento estão disponíveis? ( ) S ( ) N ( ) NA</p> <p>p. Área restrita e isolada? ( ) S ( ) N ( ) NA</p> <p>*Anexar comprovante de avaliação médica liberando-o ou não para a atividade</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                     |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| <b>6.1 ANÁLISE ESPECÍFICA – TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |
| <p>a. O espaço confinado está limpo, aberto e ventilado, próprio para entrada segura? ( ) S ( ) N ( ) NA</p> <p>b. Existe acesso adequado à boca de visita? ( ) S ( ) N ( ) NA</p> <p>c. As atividades no espaço confinado envolve: ( ) trabalho com mov. carga - preencher item 6.1 ( ) trabalho com produto químico - preencher item 6.2 ( ) trabalho em altura - preencher item 6.3 ( ) trabalho elétrico - preencher item 6.5 ( ) trabalho aquecido - preencher item 6.6</p> <p>d. Trabalho conforme PET nº: _____</p> <p>*Observações conforme campo "8".</p> <p>e. Trabalhador executante possui ASO constando aptidão para trabalho em espaço confinado? ( ) S ( ) N ( ) NA</p> <p>Aptos para o trabalho? ( ) S ( ) N*</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                     |                                                |     |            |                                       |                                                |                               |                                                                     |                        |                                             |                                 |                                             |                                      |                                        |                        |                    |                     |                |                                  |              |                                             |                                         |                                       |                  |                                    |                                               |                                       |                |                                 |                |                           |                                                |                             |                      |                             |                    |                                 |                                          |                          |                    |                         |           |                  |                         |                        |                        |                        |                       |                     |                          |                                   |                       |                       |                 |             |                         |                    |                    |                                  |                       |            |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <br><b>EBSERH</b><br>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS                                                                                                                                                                                          | <b>PERMISSÃO PARA TRABALHOS COM RISCOS ESPECIAIS (PTRE)</b>                | <b>Nº: 00X-2017</b>                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            | Revisão: 001 - Fevereiro 2017<br>Form xxx-2017 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            | <b>HUSM-UFMS</b>                               |
| <b>6.2 ANÁLISE – OUTRO TIPO DE TRABALHO PERIGOSO CONCOMITANTE</b><br>(    ) Aplicável                      (    ) Não aplicável                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |                                                |
| (    ) Trabalho em altura    (    ) Eletricidade    (    ) Movimentação de carga    (    ) Trabalho a quente    (    ) Demolição/escavação<br>(    ) Abertura de linha/equipamento    (    ) Substâncias químicas perigosas<br>a. <b>Outro tipo de trabalho não perigoso:</b> Descrever detalhes e medidas adotadas específicas: |                                                                            |                                                |
| <b>7. Envolvidos no trabalho</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                            |                                                |
| <b>Nome</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Cargo/Função</b>                                                        | <b>Assinatura</b>                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |                                                |
| <b>8. Observações</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                            |                                                |
| 8. Observações                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                            |                                                |
| <b>9. Permissão para Trabalho com Risco Especial - Autorização</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                            |                                                |
| 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.                                                                                                         |                                                                            |                                                |
| <b>Responsável pela Área:</b><br><br>Data:<br>Hora:<br><br>Assinatura:                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Responsável pela Execução:</b><br><br>Data:<br>Hora:<br><br>Assinatura: |                                                |



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



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

**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:**

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



| <br>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>PERMISSÃO PARA TRABALHOS COM RISCOS ESPECIAIS (PTRE)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Nº: 00X-2017</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Revisão: 001 - Fevereiro 2017<br>Form xxx-2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>HUSM-UFSM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>5. Equipamentos de proteção</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>EPI</th> <th>EPC/Outros</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Capacete de segurança com jugular<br/> <input type="checkbox"/> Capacete para eletricista<br/> <input type="checkbox"/> Protetor Auricular<br/> <input type="checkbox"/> Óculos de Segurança Incolor<br/> <input type="checkbox"/> Óculos de segurança lente escura<br/> <input type="checkbox"/> Óculos de soldador<br/> <input type="checkbox"/> Protetor facial<br/> <input type="checkbox"/> Máscara de soldador - escudo<br/> <input type="checkbox"/> Respirador para poeiras, névoas e fumos<br/> <input type="checkbox"/> Respirador para vapores orgânicos<br/> <input type="checkbox"/> Respiradores para gases ácidos<br/> <input type="checkbox"/> Respirador com filtros combinados<br/> <input type="checkbox"/> Máscara de visor panorâmico<br/> <input type="checkbox"/> Sistema de ar mandado<br/> <input type="checkbox"/> conjunto autônomo de ar<br/> <input type="checkbox"/> Cinto tipo Paraquedista<br/> <input type="checkbox"/> Talabarte Y ou 2 talabartes<br/> <input type="checkbox"/> Perneira (raspa/PVC)<br/> <input type="checkbox"/> Capa de chuva (PVC)         </td> <td> <input type="checkbox"/> Calçado de segurança (botina sem biqueira)<br/> <input type="checkbox"/> Calçado de segurança (botina com biqueira aço/toebox/composite)<br/> <input type="checkbox"/> Calçado de segurança (para eletricista)<br/> <input type="checkbox"/> Calçado de segurança (bota de borracha)<br/> <input type="checkbox"/> Calçado de segurança (bota de PVC)<br/> <input type="checkbox"/> Luva Nitrílica<br/> <input type="checkbox"/> Luva Látex<br/> <input type="checkbox"/> Luva PVC<br/> <input type="checkbox"/> Luva Malha (com ou sem pigmentação)<br/> <input type="checkbox"/> Luva Vaqueta<br/> <input type="checkbox"/> Luva de vaqueta (cobertura arco elétrico)<br/> <input type="checkbox"/> Luva Raspa<br/> <input type="checkbox"/> Luva Raspa<br/> <input type="checkbox"/> Avental de PVC/raspa/Tyvek (com/sem manga)<br/> <input type="checkbox"/> Macacão de tyvec<br/> <input type="checkbox"/> Macacão de PVC<br/> <input type="checkbox"/> Uniforme para eletricista (conjunto)<br/> <input type="checkbox"/> Manga de raspa<br/> <input type="checkbox"/> Outro         </td> <td> <input type="checkbox"/> Guarda Corpo<br/> <input type="checkbox"/> Linha de Vida Móvel<br/> <input type="checkbox"/> Linha de Vida Fixa<br/> <input type="checkbox"/> Placas Sinalização<br/> <input type="checkbox"/> Isolamento de Área<br/> <input type="checkbox"/> Tapume para solda<br/> <input type="checkbox"/> Tapete Isolante<br/> <input type="checkbox"/> Coberturas Isolantes<br/> <input type="checkbox"/> Conjunto Ferramentas Isoladas<br/> <input type="checkbox"/> Cones Sinalização<br/> <input type="checkbox"/> Fitas Sinalização<br/> <input type="checkbox"/> Escoramento<br/> <input type="checkbox"/> Tapumes<br/> <input type="checkbox"/> Sistema de Exaustão<br/> <input type="checkbox"/> Andaime- tipo:<br/> <input type="checkbox"/> Escada – tipo:<br/> <input type="checkbox"/> Plataforma elevatória: tipo:<br/> <input type="checkbox"/> Travaquedas-tipo:<br/> <input type="checkbox"/> Outro:         </td> </tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | EPI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | EPC/Outros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Capacete de segurança com jugular<br><input type="checkbox"/> Capacete para eletricista<br><input type="checkbox"/> Protetor Auricular<br><input type="checkbox"/> Óculos de Segurança Incolor<br><input type="checkbox"/> Óculos de segurança lente escura<br><input type="checkbox"/> Óculos de soldador<br><input type="checkbox"/> Protetor facial<br><input type="checkbox"/> Máscara de soldador - escudo<br><input type="checkbox"/> Respirador para poeiras, névoas e fumos<br><input type="checkbox"/> Respirador para vapores orgânicos<br><input type="checkbox"/> Respiradores para gases ácidos<br><input type="checkbox"/> Respirador com filtros combinados<br><input type="checkbox"/> Máscara de visor panorâmico<br><input type="checkbox"/> Sistema de ar mandado<br><input type="checkbox"/> conjunto autônomo de ar<br><input type="checkbox"/> Cinto tipo Paraquedista<br><input type="checkbox"/> Talabarte Y ou 2 talabartes<br><input type="checkbox"/> Perneira (raspa/PVC)<br><input type="checkbox"/> Capa de chuva (PVC) | <input type="checkbox"/> Calçado de segurança (botina sem biqueira)<br><input type="checkbox"/> Calçado de segurança (botina com biqueira aço/toebox/composite)<br><input type="checkbox"/> Calçado de segurança (para eletricista)<br><input type="checkbox"/> Calçado de segurança (bota de borracha)<br><input type="checkbox"/> Calçado de segurança (bota de PVC)<br><input type="checkbox"/> Luva Nitrílica<br><input type="checkbox"/> Luva Látex<br><input type="checkbox"/> Luva PVC<br><input type="checkbox"/> Luva Malha (com ou sem pigmentação)<br><input type="checkbox"/> Luva Vaqueta<br><input type="checkbox"/> Luva de vaqueta (cobertura arco elétrico)<br><input type="checkbox"/> Luva Raspa<br><input type="checkbox"/> Luva Raspa<br><input type="checkbox"/> Avental de PVC/raspa/Tyvek (com/sem manga)<br><input type="checkbox"/> Macacão de tyvec<br><input type="checkbox"/> Macacão de PVC<br><input type="checkbox"/> Uniforme para eletricista (conjunto)<br><input type="checkbox"/> Manga de raspa<br><input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Guarda Corpo<br><input type="checkbox"/> Linha de Vida Móvel<br><input type="checkbox"/> Linha de Vida Fixa<br><input type="checkbox"/> Placas Sinalização<br><input type="checkbox"/> Isolamento de Área<br><input type="checkbox"/> Tapume para solda<br><input type="checkbox"/> Tapete Isolante<br><input type="checkbox"/> Coberturas Isolantes<br><input type="checkbox"/> Conjunto Ferramentas Isoladas<br><input type="checkbox"/> Cones Sinalização<br><input type="checkbox"/> Fitas Sinalização<br><input type="checkbox"/> Escoramento<br><input type="checkbox"/> Tapumes<br><input type="checkbox"/> Sistema de Exaustão<br><input type="checkbox"/> Andaime- tipo:<br><input type="checkbox"/> Escada – tipo:<br><input type="checkbox"/> Plataforma elevatória: tipo:<br><input type="checkbox"/> Travaquedas-tipo:<br><input type="checkbox"/> Outro: |
| EPI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | EPC/Outros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Capacete de segurança com jugular<br><input type="checkbox"/> Capacete para eletricista<br><input type="checkbox"/> Protetor Auricular<br><input type="checkbox"/> Óculos de Segurança Incolor<br><input type="checkbox"/> Óculos de segurança lente escura<br><input type="checkbox"/> Óculos de soldador<br><input type="checkbox"/> Protetor facial<br><input type="checkbox"/> Máscara de soldador - escudo<br><input type="checkbox"/> Respirador para poeiras, névoas e fumos<br><input type="checkbox"/> Respirador para vapores orgânicos<br><input type="checkbox"/> Respiradores para gases ácidos<br><input type="checkbox"/> Respirador com filtros combinados<br><input type="checkbox"/> Máscara de visor panorâmico<br><input type="checkbox"/> Sistema de ar mandado<br><input type="checkbox"/> conjunto autônomo de ar<br><input type="checkbox"/> Cinto tipo Paraquedista<br><input type="checkbox"/> Talabarte Y ou 2 talabartes<br><input type="checkbox"/> Perneira (raspa/PVC)<br><input type="checkbox"/> Capa de chuva (PVC)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Calçado de segurança (botina sem biqueira)<br><input type="checkbox"/> Calçado de segurança (botina com biqueira aço/toebox/composite)<br><input type="checkbox"/> Calçado de segurança (para eletricista)<br><input type="checkbox"/> Calçado de segurança (bota de borracha)<br><input type="checkbox"/> Calçado de segurança (bota de PVC)<br><input type="checkbox"/> Luva Nitrílica<br><input type="checkbox"/> Luva Látex<br><input type="checkbox"/> Luva PVC<br><input type="checkbox"/> Luva Malha (com ou sem pigmentação)<br><input type="checkbox"/> Luva Vaqueta<br><input type="checkbox"/> Luva de vaqueta (cobertura arco elétrico)<br><input type="checkbox"/> Luva Raspa<br><input type="checkbox"/> Luva Raspa<br><input type="checkbox"/> Avental de PVC/raspa/Tyvek (com/sem manga)<br><input type="checkbox"/> Macacão de tyvec<br><input type="checkbox"/> Macacão de PVC<br><input type="checkbox"/> Uniforme para eletricista (conjunto)<br><input type="checkbox"/> Manga de raspa<br><input type="checkbox"/> Outro | <input type="checkbox"/> Guarda Corpo<br><input type="checkbox"/> Linha de Vida Móvel<br><input type="checkbox"/> Linha de Vida Fixa<br><input type="checkbox"/> Placas Sinalização<br><input type="checkbox"/> Isolamento de Área<br><input type="checkbox"/> Tapume para solda<br><input type="checkbox"/> Tapete Isolante<br><input type="checkbox"/> Coberturas Isolantes<br><input type="checkbox"/> Conjunto Ferramentas Isoladas<br><input type="checkbox"/> Cones Sinalização<br><input type="checkbox"/> Fitas Sinalização<br><input type="checkbox"/> Escoramento<br><input type="checkbox"/> Tapumes<br><input type="checkbox"/> Sistema de Exaustão<br><input type="checkbox"/> Andaime- tipo:<br><input type="checkbox"/> Escada – tipo:<br><input type="checkbox"/> Plataforma elevatória: tipo:<br><input type="checkbox"/> Travaquedas-tipo:<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>6. ANÁLISE GERAL E MEDIDAS ADOTADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <table border="1"> <tbody> <tr> <td>           a. Foi analisado o ambiente antes do início das atividades? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br/><br/>           d. Existe mais de uma frente de serviço concomitante? Se sim, anotar no campo "8".<br/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br/>           g. Trabalhador que realiza o bloqueio de energia perigosa está autorizado formalmente pela empresa?<br/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br/>           j. Há existência de anteparos/tapumes?<br/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br/><br/>           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<br/>           *Anexar comprovante de avaliação médica liberando-o ou não para a atividade.         </td> <td>           b. A área está sinalizada?<br/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br/><br/>           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<br/>           h. Ficha de Controle de Energia Perigosa (FCEP) preenchida?<br/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br/>           Nº da ficha:<br/>           k. O Ambiente está ventilado adequadamente?<br/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br/>           Anotar meio adotado no campo "8".<br/><br/>           n. Descrever tipo de capacitação dos trabalhadores (NR):<br/> <input type="checkbox"/> NR 10-B <input type="checkbox"/> NR 10-SEP <input type="checkbox"/> NR 11<br/> <input type="checkbox"/> NR 20 <input type="checkbox"/> NR 35 <input type="checkbox"/> NR 33         </td> <td>           c. Pessoas vizinhas foram orientadas a afastarem-se do local de risco?<br/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br/>           f. As energias perigosas foram bloqueadas e desenergizadas? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br/>           *Anotar as energias envolvidas no campo "8".<br/>           i. As ferramentas, equipamentos e outros materiais foram inspecionados e estão em boas condições de uso?<br/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br/>           l. Os trabalhadores executantes estão autorizados e capacitados pela empresa para realizar a atividade?<br/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br/><br/>           o. Recursos de resgate e salvamento estão disponíveis? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br/>           p) Área restrita e isolada?<br/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA         </td> </tr> </tbody> </table>     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | a. Foi analisado o ambiente antes do início das atividades? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br><br>d. Existe mais de uma frente de serviço concomitante? Se sim, anotar no campo "8".<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>g. Trabalhador que realiza o bloqueio de energia perigosa está autorizado formalmente pela empresa?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>j. Há existência de anteparos/tapumes?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br><br>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<br>*Anexar comprovante de avaliação médica liberando-o ou não para a atividade. | b. A área está sinalizada?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br><br>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<br>h. Ficha de Controle de Energia Perigosa (FCEP) preenchida?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>Nº da ficha:<br>k. O Ambiente está ventilado adequadamente?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>Anotar meio adotado no campo "8".<br><br>n. Descrever tipo de capacitação dos trabalhadores (NR):<br><input type="checkbox"/> NR 10-B <input type="checkbox"/> NR 10-SEP <input type="checkbox"/> NR 11<br><input type="checkbox"/> NR 20 <input type="checkbox"/> NR 35 <input type="checkbox"/> NR 33 | c. Pessoas vizinhas foram orientadas a afastarem-se do local de risco?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>f. As energias perigosas foram bloqueadas e desenergizadas? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>*Anotar as energias envolvidas no campo "8".<br>i. As ferramentas, equipamentos e outros materiais foram inspecionados e estão em boas condições de uso?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>l. Os trabalhadores executantes estão autorizados e capacitados pela empresa para realizar a atividade?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br><br>o. Recursos de resgate e salvamento estão disponíveis? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>p) Área restrita e isolada?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| a. Foi analisado o ambiente antes do início das atividades? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br><br>d. Existe mais de uma frente de serviço concomitante? Se sim, anotar no campo "8".<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>g. Trabalhador que realiza o bloqueio de energia perigosa está autorizado formalmente pela empresa?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>j. Há existência de anteparos/tapumes?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br><br>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<br>*Anexar comprovante de avaliação médica liberando-o ou não para a atividade.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | b. A área está sinalizada?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br><br>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<br>h. Ficha de Controle de Energia Perigosa (FCEP) preenchida?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>Nº da ficha:<br>k. O Ambiente está ventilado adequadamente?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>Anotar meio adotado no campo "8".<br><br>n. Descrever tipo de capacitação dos trabalhadores (NR):<br><input type="checkbox"/> NR 10-B <input type="checkbox"/> NR 10-SEP <input type="checkbox"/> NR 11<br><input type="checkbox"/> NR 20 <input type="checkbox"/> NR 35 <input type="checkbox"/> NR 33                                                                                                                                               | c. Pessoas vizinhas foram orientadas a afastarem-se do local de risco?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>f. As energias perigosas foram bloqueadas e desenergizadas? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>*Anotar as energias envolvidas no campo "8".<br>i. As ferramentas, equipamentos e outros materiais foram inspecionados e estão em boas condições de uso?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>l. Os trabalhadores executantes estão autorizados e capacitados pela empresa para realizar a atividade?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br><br>o. Recursos de resgate e salvamento estão disponíveis? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>p) Área restrita e isolada?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>6.1 ANÁLISE ESPECÍFICA – TRABALHO COM ELETRICIDADE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <table border="1"> <tbody> <tr> <td>           a. Tensão do circuito:<br/> <input type="checkbox"/> EBT: até 50 VCA/120VCC<br/> <input type="checkbox"/> BT: acima 50 VCA/120VCC até 1000VCA/1500 VCC<br/> <input type="checkbox"/> AT: acima 1000 VCA/1500VCC<br/>           d. Condição do circuito?<br/> <input type="checkbox"/> Energizado<br/> <input type="checkbox"/> desenergizado<br/>           g. Teste de energia "zero" realizado?<br/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br/><br/>           j. EPI, EPC e ferramentas são isoladas e o isolamento está em perfeito estado?<br/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA         </td> <td>           b. Tipo de trabalho:<br/> <input type="checkbox"/> Intervenção<br/> <input type="checkbox"/> Proximidade<br/><br/>           e. Seccionamento realizado?<br/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br/>           h. Bloqueio elétrico realizado?<br/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br/><br/>           k. Outras medidas adotadas (descrever):         </td> <td>           c. Local da atuação:<br/> <input type="checkbox"/> Zona de Risco<br/> <input type="checkbox"/> Zona Controlada<br/> <input type="checkbox"/> Zona Livre<br/>           Área Classificada <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N<br/>           f. Aterramento elétrico instalado com equipotencialização dos circuitos?<br/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br/>           i. Tipo de bloqueio:<br/> <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Administrativo<br/><br/>           Tipo de bloqueio físico:         </td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | a. Tensão do circuito:<br><input type="checkbox"/> EBT: até 50 VCA/120VCC<br><input type="checkbox"/> BT: acima 50 VCA/120VCC até 1000VCA/1500 VCC<br><input type="checkbox"/> AT: acima 1000 VCA/1500VCC<br>d. Condição do circuito?<br><input type="checkbox"/> Energizado<br><input type="checkbox"/> desenergizado<br>g. Teste de energia "zero" realizado?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br><br>j. EPI, EPC e ferramentas são isoladas e o isolamento está em perfeito estado?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | b. Tipo de trabalho:<br><input type="checkbox"/> Intervenção<br><input type="checkbox"/> Proximidade<br><br>e. Seccionamento realizado?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>h. Bloqueio elétrico realizado?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br><br>k. Outras medidas adotadas (descrever):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | c. Local da atuação:<br><input type="checkbox"/> Zona de Risco<br><input type="checkbox"/> Zona Controlada<br><input type="checkbox"/> Zona Livre<br>Área Classificada <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N<br>f. Aterramento elétrico instalado com equipotencialização dos circuitos?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>i. Tipo de bloqueio:<br><input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Administrativo<br><br>Tipo de bloqueio físico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| a. Tensão do circuito:<br><input type="checkbox"/> EBT: até 50 VCA/120VCC<br><input type="checkbox"/> BT: acima 50 VCA/120VCC até 1000VCA/1500 VCC<br><input type="checkbox"/> AT: acima 1000 VCA/1500VCC<br>d. Condição do circuito?<br><input type="checkbox"/> Energizado<br><input type="checkbox"/> desenergizado<br>g. Teste de energia "zero" realizado?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br><br>j. EPI, EPC e ferramentas são isoladas e o isolamento está em perfeito estado?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | b. Tipo de trabalho:<br><input type="checkbox"/> Intervenção<br><input type="checkbox"/> Proximidade<br><br>e. Seccionamento realizado?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>h. Bloqueio elétrico realizado?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br><br>k. Outras medidas adotadas (descrever):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | c. Local da atuação:<br><input type="checkbox"/> Zona de Risco<br><input type="checkbox"/> Zona Controlada<br><input type="checkbox"/> Zona Livre<br>Área Classificada <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N<br>f. Aterramento elétrico instalado com equipotencialização dos circuitos?<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA<br>i. Tipo de bloqueio:<br><input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Administrativo<br><br>Tipo de bloqueio físico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

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

( ) Trabalho em altura ( ) Trabalho em espaço confinado ( ) Movimentação de carga ( ) Trabalho a quente

( ) Demolição/escavação ( ) Abertura de linha/equipamento ( ) Substâncias químicas perigosas

**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:**



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

|                                                                                                                                      |                                                             |                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
|  <b>EBSERH</b><br>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS | <b>PERMISSÃO PARA TRABALHOS COM RISCOS ESPECIAIS (PTRE)</b> | <b>Nº: -2019</b>                               |
|                                                                                                                                      |                                                             | Revisão: 001 - Fevereiro 2017<br>Form xxx-2017 |
|                                                                                                                                      |                                                             | <b>HUSM-UFSM</b>                               |
| <b>MOVIMENTAÇÃO DE CARGAS E PESSOAS</b>                                                                                              |                                                             |                                                |

|                          |  |                |  |
|--------------------------|--|----------------|--|
| Empresa                  |  | Nº do Serviço: |  |
| Unidade                  |  | Data           |  |
| Coordenador de Operação  |  |                |  |
| Responsável pelo Serviço |  |                |  |

| JUSTIFICATIVA PARA REQUISIÇÃO DE IÇAMENTO |                                                                                                             |                          |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 1                                         | Uso de dois ao mais guindautos para a realização de uma mesma operação de içamento e movimentação de carga. | <input type="checkbox"/> |
| 2                                         | Contratação de guindastes para a realização de operação de içamento e movimentação de carga.                | <input type="checkbox"/> |
| 3                                         | Contratação de guindauto para realização de atividades não rotineiras.                                      | <input type="checkbox"/> |

| DESCRIÇÃO DO OBJETO A SER MOVIMENTADO |  |                           |  |
|---------------------------------------|--|---------------------------|--|
|                                       |  |                           |  |
| Peso Total                            |  | Centro de Gravidade Local |  |

| PRECAUÇÕES ESPECIAIS REQUERIDAS |
|---------------------------------|
|                                 |

| EQUIPAMENTOS REQUERIDOS |
|-------------------------|
|                         |

|                                                                                                                                                        |                                                                 |                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <br><b>EBSERH</b><br><small>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS</small> | <b>PERMISSÃO PARA TRABALHOS COM<br/>RISCOS ESPECIAIS (PTRE)</b> | <b>Nº: -2019</b>                                               |
|                                                                                                                                                        |                                                                 | <small>Revisão: 001 - Fevereiro 2017<br/>Form xxx-2017</small> |
|                                                                                                                                                        |                                                                 | <b>HUSM-UFSM</b>                                               |
| <b>MOVIMENTAÇÃO DE CARGAS E PESSOAS</b>                                                                                                                |                                                                 |                                                                |

**DESENHO DA OPERAÇÃO** (Pontos de Içamento, Métodos de Fixação, Ângulo das Cintas, Ferragens Especiais e Acessórios)

**DESENHO DO CAMINHO DA CARGA** (Caminho da Carga, Altura nos Pontos Chaves, Pontos de Verificação Designados, Velocidade de Deslocamento e Içamento e Obstruções ao Redor)

| NOME                       | ASSINATURA | DATA |
|----------------------------|------------|------|
| Responsável pela Atividade |            |      |
| Supervisor de Operação     |            |      |
| SESMT                      |            |      |



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
Avenida Roraima 1000, Prédio 22 - Bairro Camobi  
Santa Maria-RS, CEP 97105-900  
- <http://husm-ufsm.ebserh.gov.br>

**Processo nº** 23541.024083/2025-77

CONJUR - Comodato - atualizado em 11/04/2025

### ORIENTAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DA MINUTA-PADRÃO

- 1) Os itens em preto consistem no que se espera ser invariável. Por essa razão, quaisquer modificações nesses itens devem ser necessariamente justificadas nos autos, assim como deve ser resguardada a conformidade com o Parecer Referencial, quando utilizado, sem prejuízo de eventual apreciação pela Consultoria Jurídica, a depender da matéria.
- 2) Os itens destacados em **vermelho itálico** devem ser preenchidos ou adotados segundo critérios de oportunidade e conveniência, de acordo com as peculiaridades do objeto e cuidando-se para que sejam reproduzidas as mesmas definições nos demais instrumentos da contratação (Edital, se for o caso, e Termo de Referência), para que não conflitem.
- 3) Os itens com cor do plano de fundo **azul** devem ser adotados apenas nas contratações que utilizem o Sistema de Registro de Preços (SRP) e os itens com cor do plano de fundo **verde** devem ser adotados apenas nas contratações de solução de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC).
- 4) Nas contratações submetidas à Consultoria Jurídica, ou seja, nas contratações não alcançadas por Parecer Referencial ou por uma das hipóteses de dispensa de análise jurídica previstas no RLCE 2.0, todos os itens preenchidos, adotados ou modificados devem ser destacados com a alteração da cor do plano de fundo, de modo que a análise jurídica se concentrará nos destaques realizados.
- 5) Para melhor compreensão do seu conteúdo, alguns itens receberam notas explicativas, que deverão ser suprimidas da versão final do documento.
- 6) Sugestões de alteração desta minuta-padrão podem ser encaminhadas à Consultoria Jurídica, no e-mail [conjur.sede@ebserh.gov.br](mailto:conjur.sede@ebserh.gov.br).

### TERMO DE COMODATO

**TERMO DE COMODATO Nº ....., CELEBRADO ENTRE A  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES -  
EBSERH E A EMPRESA .....**

**COMODATÁRIA:** A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh, **unidade .....**, sediado(a) na **.....**, CNPJ **.....**, UG-**.....**, neste ato representada pelo seu **Presidente ou Superintendente, (nome), (matrícula funcional)**, nomeado por **(ato de nomeação)**, publicado no **(Boletim/DOU)**, de **(data da publicação)** e por seu **Diretor ou Gerente, (nome), (matrícula funcional)**, nomeado por **(ato de nomeação)**, publicado no **(Boletim/DOU)**, de **(data da publicação)**, ambos no uso das atribuições conferidas pelo art. 154 do Regulamento de Licitações e Contratos da Ebserh, versão 2.0, aprovado por meio da Resolução n.º 155/2022 do Conselho de Administração (RLCE 2.0);

**COMODANTE:** **.....**, com sede na **.....**, CEP **.....**, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º **.....**, representada neste ato por **.....(nome)**, CPF n.º **.....**, **conforme atos constitutivos da empresa ou procuração apresentada nos autos;**

Conforme Processo Administrativo n.º **.....**, de acordo com **o Pregão Eletrônico SRP n.º..... ou a Dispensa/Inexigibilidade de Licitação n.º .....**, proposta comercial apresentada, Termo de Referência, seus encartes e anexos, a COMODATÁRIA e a COMODANTE celebram o presente Termo de Comodato, nos termos da Lei n.º 13.303, de 30 de junho de 2016, do Decreto n.º 8.945, de 27 de dezembro de 2016, **do Decreto n.º 11.462, de 31 de março de 2023**, do RLCE 2.0, dos normativos internos da Ebserh, **da Lei n.º 8.248, de 22 de outubro de 1991, do Decreto n.º 7.174, de 12 de maio de 2010, da Instrução Normativa SGD/ME n.º 94, de 23 de dezembro de 2022**, dos artigos 579 a 585 da Lei n.º 10.406, de 10 de janeiro de 2002 e mediante as cláusulas e condições estabelecidas a seguir.

#### 1. CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO

1.1. O objeto do presente instrumento é a disponibilização para o(s) item(ns) n.º **.....** do Termo de

Referência, do(s) seguinte(s) bem(ns) em regime de comodato, conforme as exigências descritas no Termo de Referência:

1.1.1. ....;

1.1.2. ....;

1.1.3. ....

1.2. Vinculam este Termo de Comodato, independentemente de transcrição:

1.2.1. o Termo de Referência;

1.2.2. *o instrumento convocatório;*

1.2.3. *a Ata de Registro de Preços;*

1.2.4. a proposta do contratado;

1.2.5. eventuais anexos dos documentos supracitados.

## 2. CLÁUSULA SEGUNDA - VALOR DOS BENS

2.1. O valor do(s) bem(ns) expresso em moeda nacional, conforme nota(s) fiscal(is) n.º ....., apresentada(s) pela comodante e emitida em ....., é de:

2.1.1. ....;

2.2. O valor identificado acima não estabelece qualquer vínculo financeiro entre as partes, servindo apenas para identificar o valor do(s) bem(ns) em caso de sinistro.

## 3. CLÁUSULA TERCEIRA - VIGÊNCIA

3.1. O prazo de vigência deste Termo de Comodato é de ....., com início na data de ..... e encerramento em ....., podendo ser prorrogado, nos termos do art. 150 do RLCE 2.0.

**Nota explicativa:** Deve-se atentar para que o prazo de vigência do comodato, incluindo prorrogações, seja suficiente para o consumo do estoque dos bens a ele associado.

## 4. CLÁUSULA QUARTA - OBRIGAÇÕES DA COMODATÁRIA E DA COMODANTE

4.1. As obrigações da COMODATÁRIA e da COMODANTE são aquelas definidas no Termo de Referência.

## 5. CLÁUSULA QUINTA - SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

5.1. As sanções relacionadas à execução do Termo de Comodato estão definidas no Termo de Referência.

## 6. CLÁUSULA SEXTA - EXTINÇÃO DO TERMO DE COMODATO

6.1. O Termo de Comodato se extingue quando cumpridas as obrigações de ambas as partes, ainda que isso ocorra antes do prazo fixado, ou quando vencido o prazo fixado, independentemente de terem sido cumpridas ou não as obrigações de ambas as partes contraentes, sem a devida prorrogação.

6.2. A rescisão do Termo de Comodato pode ocorrer nas seguintes hipóteses:

6.2.1. De forma unilateral, assegurada, no regular processo administrativo, a prévia defesa com prazo não inferior a 10 (dez) dias úteis, por algum dos motivos previstos no art. 184 do RLCE 2.0;

6.2.1.1. A rescisão unilateral deverá ser precedida de comunicação escrita e fundamentada da parte interessada e ser enviada à outra parte com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

6.2.1.2. A critério da COMODATÁRIA, caso exista risco ao regular funcionamento da unidade, o prazo referido no item anterior poderá ser reduzido ou ampliado.

6.2.2. Por acordo entre as partes, reduzida a termo no processo, desde que haja conveniência para a COMODATÁRIA e para a COMODANTE;

6.2.3. Por determinação judicial.

6.3. *A extinção do Termo de Contrato e/ou da Ata de Registro de Preços, se houver, não acarreta automaticamente a extinção do Termo de Comodato, que tem prazo de vigência próprio.*

6.4. A extinção do Termo de Comodato, formalizada por Termo de Encerramento ou Termo de Rescisão, será precedida, sempre que possível, de:

6.4.1. balanço dos eventos contratuais já cumpridos ou parcialmente cumpridos;

## 7. CLÁUSULA SÉTIMA - ALTERAÇÕES

7.1. Eventuais alterações do Termo de Comodato serão regidas pela disciplina do art. 171 e seguintes do RLCE 2.0, bem como pela definições reproduzidas no Termo de Referência.

7.2. Registros que não caracterizam alteração do Termo de Comodato podem ser realizados por simples apostila, dispensada a celebração de Termo Aditivo.

## 8. CLÁUSULA OITAVA - PUBLICAÇÃO

8.1. A CONTRATANTE providenciará a publicação no Diário Oficial da União e no Portal da Ebserh, conforme o art. 155 do RLCE 2.0, assim como no Portal Nacional de Contratações Públicas, conforme a Lei de Diretrizes Orçamentárias.

**Nota explicativa:** Nos termos do Acórdão TCU 585/2023-Plenário, as empresas estatais "devem disponibilizar informações atualizadas referentes a seus contratos no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), de que trata a [Lei 14.133/2021](#) (nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos), em cumprimento ao art. 17 da [Lei 14.436/2022](#) (LDO de 2023)".

## 9. CLÁUSULA NONA - FORO

9.1. É eleito o Foro da da Justiça Federal em ....., *Seção ou Subseção Judiciária do .....* para dirimir os litígios que decorrerem da execução deste Termo de Comodato que não possam ser compostos pela conciliação.

*Local e data*

|                                                                                                                                           |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <div>COMODATÁRIA</div> <div><i>Presidente / Superintendente</i></div> <div>COMODATÁRIA</div> <div><i>Diretor / Gerente - Ebserh</i></div> | <div>COMODANTE</div> <div><i>Cargo / Representante Legal</i></div> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

### TESTEMUNHAS:

1-

2-

**Nota Explicativa:** O Termo de Comodato assinado por duas testemunhas é considerado título executivo extrajudicial, nos termos do art. 784, inciso III, do Código de Processo Civil (CPC), sendo dispensada a assinatura de testemunhas quando utilizada qualquer modalidade de assinatura eletrônica prevista em lei com integridade conferida por provedor de assinatura, conforme prevê o § 4º do mesmo dispositivo. Nesse sentido, somente é necessária a assinatura de duas testemunhas, para atender ao disposto no art. 784, inciso III, do CPC, quando o documento for assinado por qualquer das partes fora do SEI e sem utilização de assinatura eletrônica com integridade conferida por provedor de assinatura (Parecer - SEI 10 - 47407629).



Documento assinado eletronicamente por **Joao Batista de Vasconcellos, Gerente**, em 11/06/2025, às 11:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Nogara Dotto, Gerente**, em 11/06/2025, às 14:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Humberto Moreira Palma, Superintendente**, em 11/06/2025, às 14:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Documento assinado eletronicamente por **Berenice de Oliveira Cruz Rodrigues, Gerente, Substituto(a)**, em



11/06/2025, às 14:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **50382302** e o código CRC **40A8F7D7**.

**Referência:** Processo nº 23541.024083/2025-77 SEI nº 50382302

**ANEXO I****MODELO DO TERMO DE ACEITAÇÃO**

1 – Qual o nível de hélio e a pressão no interior do magneto do equipamento de RMN? (Os valores serão verificados pelo monitor do magneto do equipamento de RMN GE)

Nível de hélio líquido: \_\_\_\_\_%;  
Pressão no interior do magneto: \_\_\_\_\_PSI;

2 - Os *dewars* chegaram em conformidade com a proposta do fornecedor?

Sim ( ) Não ( )

Em caso negativo, especificar problemas encontrados: (Se possível anexar fotos)

3 – Descrever o volume de cada *dewar* de hélio líquido especificando o **peso inicial na origem** e o **peso inicial no HUF**.

Exemplo:

| Item | Capacidade do dewar | Número de série do dewar | Peso inicial na origem | Peso inicial no HUF |
|------|---------------------|--------------------------|------------------------|---------------------|
| 1    | 250L                | xxxxx                    | 230 Kg                 | 207 Kg              |
| 2    | 500L                | xxxxx                    | 425Kg                  | 412Kg               |

4 – Foi entregue a listagem de ferramentas a serem utilizadas no serviço conforme previsto em Contrato?

Sim ( ) Não ( )

Deverá ser verificada a conformidade das ferramentas no local de acordo com a lista de ferramentas enviada pela CONTRATADA. A lista de verificação deverá ser anexada ao termo de aceitação;

5 – Foi entregue a listagem de EPIs conforme previsto em contrato? Em caso afirmativo, anexar a listagem.

Sim ( ) Não ( )

6 – A listagem de EPIs foi aprovada pela Segurança do Trabalho do HUF?

Sim ( ) Não ( )

7 – Descrever o nível (%) de hélio líquido e a pressão (PSI) no interior do magneto após a conclusão do serviço.

Nível final de hélio líquido = \_\_\_\_\_% (a ser verificado no monitor do magneto);  
Pressão final no interior do magneto = \_\_\_\_\_PSI (a ser verificado no monitor do magneto);



8 – Houve alguma não conformidade na execução do serviço de abastecimento? (Verificar item 11.2 do Termo de Referência)

Sim ( ) Não ( )

Em caso afirmativo, especificar as não conformidades problemas encontrados: (Se possível anexar fotos)

9 – Houve *Dewar* não utilizado ou utilizado parcialmente?

Sim ( ) Não ( )

Em caso afirmativo, identificar o volume nominal do *Dewar* e o seu **peso inicial no HUF** e o **peso final pós abastecimento de hélio no HUF** (peso do *Dewar* após o não uso ou uso parcial), conforme contrato.

Exemplo:

| Item | Capacidade do <i>dewar</i> | Número de série do <i>dewar</i> | Peso inicial no HUF | Peso final pós abastecimento de hélio no HUF |
|------|----------------------------|---------------------------------|---------------------|----------------------------------------------|
| 1    | 250L                       | xxxxxx                          | 207 Kg              | 207 Kg                                       |
| 2    | 500L                       | xxxxxx                          | 412Kg               | 208Kg                                        |

10 – Foi entregue o Relatório de Serviços com todas as informações conforme o contrato? Em ambos os casos, anexar a cópia o Relatório de Serviço da CONTRATADA

Sim ( ) Não ( )

LOCAL, DATA

---

Gestor do contrato EBSERH/HUSM  
CPF: