



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 EBSEERH-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-EBSEERH, 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 EBSEERH-HUSM-UFSM deverão ter autorização de um profissional da EBSEERH-HUSM-UFSM para liberar o acesso. Outros EPIs 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



Ministério da Educação  
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM/UFSM  
Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho – SOST



## **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

 <b>EBSERH</b> HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	<b>ANÁLISE PRELIMINAR DE RISCOS</b> <b>APR</b>		<b>Nº: -20</b>			
			Revisão: 001 - Fevereiro 2017 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: ( ) Interno (RJU, EBSERH) <span style="float: right;">Nº de trabalhadores envolvidos: _____</span> ( ) Externo - Empresa: _____						
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" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 33%;">           ( ) Projeção de partículas            ( ) Projeção de faíscas/fagulhas            ( ) Ruído Excessivo            ( ) Radiação ionizante            ( ) Vibração interferente            ( ) Calor excessivo/insolação            ( ) Contato com partes quentes            ( ) Intempérie (sol, chuva, vento)            ( ) Incêndio/ Explosão            ( ) Queimaduras            ( ) Energias Perigosas (elétrica, térmica, térmica, hidráulica, pneumática, outra: _____)            ( ) Equipamento sujeito à pressão         </td> <td style="vertical-align: top; width: 33%;">           ( ) Eletricidade            ( ) Choque elétrico            ( ) Piso escorregadio            ( ) Queda de pessoas            ( ) Queda de objetos            ( ) Queda de equipamento            ( ) Tombamento/capotamento            ( ) Atropelamento            ( ) Levantamento/transporte de peso            ( ) Batida contra            ( ) Substância química            ( ) Contato com a pele ( ) Ingestão            ( ) Inalação de gases/vapores            ( ) Inalação de poeiras/fumos metálicos         </td> <td style="vertical-align: top; width: 33%;">           ( ) Biológico ( vírus, bactérias )            ( ) Inundação            ( ) Vazamento/derramamento            ( ) Afogamento/engolfamento            ( ) Desmoronamento/desabamento/ deslizamento            ( ) Aprisionamento            ( ) Contato com peças com cantos e arestas vivas (cortantes/perfurantes)            ( ) Outros:         </td> </tr> </table>				( ) Projeção de partículas ( ) Projeção de faíscas/fagulhas ( ) Ruído Excessivo ( ) Radiação ionizante ( ) Vibração interferente ( ) Calor excessivo/insolação ( ) Contato com partes quentes ( ) Intempérie (sol, chuva, vento) ( ) Incêndio/ Explosão ( ) Queimaduras ( ) Energias Perigosas (elétrica, térmica, térmica, hidráulica, pneumática, outra: _____) ( ) Equipamento sujeito à pressão	( ) Eletricidade ( ) Choque elétrico ( ) Piso escorregadio ( ) Queda de pessoas ( ) Queda de objetos ( ) Queda de equipamento ( ) Tombamento/capotamento ( ) Atropelamento ( ) Levantamento/transporte de peso ( ) Batida contra ( ) Substância química ( ) Contato com a pele ( ) Ingestão ( ) Inalação de gases/vapores ( ) Inalação de poeiras/fumos metálicos	( ) Biológico ( vírus, bactérias ) ( ) Inundação ( ) Vazamento/derramamento ( ) Afogamento/engolfamento ( ) Desmoronamento/desabamento/ deslizamento ( ) Aprisionamento ( ) Contato com peças com cantos e arestas vivas (cortantes/perfurantes) ( ) Outros:
( ) Projeção de partículas ( ) Projeção de faíscas/fagulhas ( ) Ruído Excessivo ( ) Radiação ionizante ( ) Vibração interferente ( ) Calor excessivo/insolação ( ) Contato com partes quentes ( ) Intempérie (sol, chuva, vento) ( ) Incêndio/ Explosão ( ) Queimaduras ( ) Energias Perigosas (elétrica, térmica, térmica, hidráulica, pneumática, outra: _____) ( ) Equipamento sujeito à pressão	( ) Eletricidade ( ) Choque elétrico ( ) Piso escorregadio ( ) Queda de pessoas ( ) Queda de objetos ( ) Queda de equipamento ( ) Tombamento/capotamento ( ) Atropelamento ( ) Levantamento/transporte de peso ( ) Batida contra ( ) Substância química ( ) Contato com a pele ( ) Ingestão ( ) Inalação de gases/vapores ( ) Inalação de poeiras/fumos metálicos	( ) Biológico ( vírus, bactérias ) ( ) Inundação ( ) Vazamento/derramamento ( ) Afogamento/engolfamento ( ) Desmoronamento/desabamento/ deslizamento ( ) Aprisionamento ( ) Contato com peças com cantos e arestas vivas (cortantes/perfurantes) ( ) Outros:				
<b>4. Equipamentos de proteção</b>						
<b>EPI</b>		<b>EPC/Outros</b>				
( ) Capacete de segurança ( ) Protetor auricular ( ) Óculos de segurança ( ) Óculos de soldador ( ) Protetor facial ( ) Respirador (poeiras, névoas e fumos) ( ) Respirador (vapores orgânicos/GA) ( ) Máscara semi-facial ( ) Máscara visor panorâmico ( ) Sistema de ar mandado ( ) Conjunto autônomo de ar ( ) Máscara de soldador – escudo ( ) Calçado de segurança: PVC- borracha - couro: comum – eletricista - sem biqueira - com biqueira		( ) Luva: nitrilica – látex – PVC – malha – raspa - vaqueta – eletricista (borracha+cobertura) ( ) Cinturão de segurança ( ) Talabarte ( ) Trava-queda: comum – retrátil ( ) Linha de Vida ( ) Escada – andaime – PTA ( ) Avental: PVC - Raspa - Tyvek ( ) Macacão: PVC - Raspa - Tyvek ( ) Manga de raspa ( ) Perneira: raspa - PVC ( ) Conjunto para eletricista (capuz+casaco) ( ) Capa de chuva ( ) Outro:				
<b>5. Observações</b>						

 <b>EBSERH</b> HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	<b>ANÁLISE PRELIMINAR DE RISCOS</b> <b>APR</b>	<b>Nº: _____ -20____</b>
		Revisão: 001 - Fevereiro 2017 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>		
<b>Nome</b>	<b>Cargo/Função</b>	<b>Assinatura</b>
<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>  Data: _____ Hora: _____  Assinatura: _____		<b>Responsável pela Execução:</b>  Data: _____ Hora: _____  Assinatura: _____
<b>9. Fiscalização</b>		
<b>Fiscalização 1:</b> Hora: _____ Fiscal: _____ Condições: ( ) C ( ) NC Assinatura: _____		<b>Fiscalização 2:</b> Hora: _____ Fiscal: _____ Condições: ( ) C ( ) NC 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 Se “Sim”: autorizo a continuidade do trabalho. Hora: _____ Ass. resp. Área: _____  Ass. resp. Execução: _____
b. <u>Fiscalização 2</u> - Descrever as condições não conformes e medidas a serem adotadas:		Condição corrigida: ( ) S ( ) N Se “Sim”: autorizo a continuidade do trabalho. Hora: _____ Ass. resp. Área: _____  Ass. resp. Execução: _____



**5. Equipamentos de proteção**


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


**6. ANÁLISE GERAL E MEDIDAS ADOTADAS**

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

**6.1 ANÁLISE ESPECÍFICA – TRABALHO EM ALTURA**

a. Há alguma forma de realizar o trabalho abaixo de 2 metros de altura? ( ) S ( ) N	b. O trabalho requer uso de: ( ) andaime ( ) escada ( ) PTA ( ) telhado ( ) outro	c. Trabalhador executante possui ASO consoante aptidão para trabalho em altura? ( ) S ( ) N ( ) NA
Aptos para o trabalho? ( ) S ( ) N*		
<b>6.1.1 USO DE ANDAIME / CADEIRA SUSPensa - ( ) Aplicável ( ) Não aplicável</b>		
a. Tipo de andaime utilizado: ( ) Simples apoiado (de quadro) ( ) móvel ( ) Fachadeiro/ multidir/ tubular ( ) em balanço ( ) suspenso ( ) Manual ( ) Motoriz. ( ) Individual	b. As bases do andaime estão niveladas e seguras? ( ) S ( ) N ( ) NA	c. O andaime/cadeira foi montado por pessoa capacitada para tal fim: ( ) S ( ) N ( ) NA
d. Todas as peças do andaime já estão no local de trabalho, bem como montantes, guarda-corpo, diagonal, escadas, pranchas? ( ) S ( ) N ( ) NA	e. O andaime está montado em piso resistente e plano? ( ) S ( ) N ( ) NA	f. Os andaimes dispõem de guarda-corpo e rodapé? ( ) S ( ) N ( ) NA
g. O acesso aos andaimes/cadeira é feito de maneira segura? ( ) S ( ) N ( ) NA	h. Os andaimes que excedem em altura, 4 vezes a sua base, são estaiados/ancorados? ( ) S ( ) N ( ) NA	i. Os pontos de ancoragem do andaime/cadeira e cabo-guia estão em boas condições e comportam os esforços necessários? ( ) S ( ) N ( ) NA
* Descrever tipo de acesso no campo "7".		

 <b>EBSERH</b> HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	<b>PERMISSÃO PARA TRABALHOS COM RISCOS ESPECIAIS (PTRE)</b>		<b>Nº: 00X-2017</b>
			Revisão: 001 - Fevereiro 2017 Form xxx-2017
j. As placas/tábuas da plataforma de trabalho estão travadas? ( ) S ( ) N ( ) NA k. O piso de trabalho é resistente e adequado? ( ) S ( ) N ( ) NA l. Foi instalado intertravamento? ( ) S ( ) N ( ) NA m. Para andaimes suspensos /cadeiras suspensas, o sistema de movimentação (mecânico ou manual) encontra-se em bom estado? ( ) S ( ) N ( ) NA n. Existe cabo-guia independente para cada trabalhador do andaime/cadeira? ( ) S ( ) N ( ) NA o. O andaime/cadeira, foi inspecionado, está em boas condições e liberado para uso? ( ) S ( ) N * 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 b. Qual material da escada? ( ) metal ( ) madeira ( ) fibra ( ) outro c. Escada com sapatas anti-derrapantes? ( ) S ( ) N ( ) NA d. A escada está em boas condições de uso? ( ) S ( ) N ( ) NA e. A escada está fixada na extremidade superior? ( ) S ( ) N ( ) NA f. A Inclinação obedece a proporção de 1:4? ( ) S ( ) N ( ) NA g. As escadas simples possuem comprimento inferior à 7 metros? ( ) S ( ) N ( ) NA h. Outras medidas adotadas (descrever):			
<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 b. O local e posicionamento do equipamento são apropriados? ( ) S ( ) N ( ) NA c. Foi realizado pré-teste no equipamento? ( ) S ( ) N ( ) NA d. Capacidade de carga do equipamento está visível? ( ) S ( ) N ( ) NA Equipamento em condições? ( ) S ( ) N			
<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 b. Será utilizada passarela para telhado para os deslocamentos e posicionamento? ( ) S ( ) N ( ) NA c. As passarelas para telhado possuem pisos anti-derrapantes? ( ) S ( ) N ( ) NA d. Existem pontos de ancoragem no telhado? ( ) S ( ) N ( ) NA e. Há área destinada a içamento e movimentação de material? ( ) S ( ) N ( ) NA f. As condições climáticas permitem a execução dos trabalhos? ( ) S ( ) N ( ) NA Qual tipo: Área isolada? ( ) S ( ) N g. O risco de concentração de carga sobre partes do telhado foi analisado? ( ) S ( ) N ( ) NA h. Outras medidas adotadas (descrever):			
<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 ( ) 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> HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS	<b>PERMISSÃO PARA TRABALHOS COM RISCOS ESPECIAIS (PTRE)</b>		<b>Nº: 00X-2017</b>
			Revisão: 001 - Fevereiro 2017 Form xxx-2017
<b>7. Envolvidos no trabalho</b>			
Nome	Cargo/Função	Assinatura	
<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>  Data: Hora:  Assinatura:		<b>Responsável pela Execução:</b>  Data: Hora:  Assinatura:	
<b>10. Prorrogação do trabalho    (    ) Aplicável    (    ) Não aplicável</b>			
Hora inicial:                      Hora final: O trabalho está concluído? (    )S (    )N <u>*Se Não, abrir nova PTRE.</u> Responsável:  Assinatura:			
<b>**Serviço/atividade prorrogável por uma única vez conforme procedimento.</b>			

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

**TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO**  
**(Requer Permissão de Entrada e Trabalho - PET)****1. Identificação do trabalho**

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

Objetivo (Descrição geral) dos trabalhos:

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

**2. Realização do trabalho**

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

**3. Recursos Humanos**

( ) Interno (RJU, EBSERH) ( ) Externo (Prestador de Serviço): Empresa: \_\_\_\_\_

N.º de envolvidos: \_\_\_\_\_

**4. Riscos principais**

( ) Projeção de partículas	( ) Contato com peças com cantos e arestas cortantes/perfurantes	( ) Atropelamento
( ) projeção faíscas/fagulhas	( ) Energias Perigosas presentes (qual(is)): 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		

**5. Equipamentos de proteção**

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

**6. ANÁLISE GERAL E MEDIDAS ADOTADAS**

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

**6.1 ANÁLISE ESPECÍFICA – TRABALHO EM ESPAÇO CONFINADO**

a. O espaço confinado está limpo, aberto e ventilado, próprio para entrada segura? ( ) S ( ) N ( ) NA	b. Existe acesso adequado à boca de visita? ( ) S ( ) N ( ) NA	c. As atividades no espaço confinado envolve:
Se Não, quais riscos presentes?	* Se Não, anotar no campo "8" as medidas adotadas.	( ) 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
d. Trabalho conforme PET nº: _____	*Observações conforme campo "8".	
	e. Trabalhador executante possui ASO constando aptidão para trabalho em espaço confinado? ( ) S ( ) N ( ) NA	
	Aptos para o trabalho? ( ) S ( ) N*	

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

( ) Trabalho em altura ( ) Eletricidade ( ) 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:**

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

**TRABALHO A QUENTE****1. Identificação do trabalho**

Área Emitente:

Responsável pela emissão:

Local de realização da atividade:

Equipamento/Linha/instalação/sistema:

TAG/Código:

Objetivo (Descrição geral) dos trabalhos:

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

**2. Realização do trabalho**

Data:

Hora inicial:

Hora final prevista:

**3. Recursos Humanos**

( ) Interno (RJU, EBSERH) ( ) Externo (Prestador de Serviço): Empresa: \_\_\_\_\_

N.º de envolvidos: \_\_\_\_\_

**4. Riscos principais**

( ) Projecção de partículas

( ) Contato com peças com cantos e arestas cortantes/perfurantes

( ) Atropelamento

( ) projecção faíscas/fagulhas

( ) Energias Perigosas presentes (qual(is)):  
Origem:

( ) Queimaduras térmicas/insolação

( ) Ruído Excessivo

( ) Radiação ionizante

( ) Vibração

( ) Choque elétrico

( ) Equipamento sujeito à pressão

( ) Queimaduras químicas

( ) Levantamento/transporte de peso

( ) Desmoronamento/desabamento/deslizamento

( ) Calor excessivo/insolação

( ) Contato com partes quentes

( ) Intempérie (sol, chuva, vento)

( ) Material biológico

( ) Contato de produto químico com a pele/ingestão

( ) Queda diferença nível

( ) Piso escorregadio

( ) Queda de objetos em geral

( ) Queda de equipamento

( ) Tombamento/capotamento

( ) Incêndio/ Explosão

( ) Vazamento/derramamento

( ) Inundação

( ) Outros

( ) inalação de produtos químicos (gases/vapores)

( ) inalação de fumos metálicos

( ) Batida contra

( ) Afogamento/engolfamento

( ) inalação de poeiras

( ) Aprisionamento

**5. Equipamentos de proteção**

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

**6. ANÁLISE GERAL E MEDIDAS ADOTADAS**

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

**6.1 ANÁLISE ESPECÍFICA – TRABALHO A QUENTE**

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

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

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

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


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

Nome	Cargo/Função	Assinatura

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

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

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

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

**TRABALHO COM ELETRICIDADE**

**1. Identificação do trabalho**

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

**Objetivo (Descrição geral) dos trabalhos:**

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

**2. Realização do trabalho**

<b>Data:</b>	<b>Hora inicial:</b>	<b>Hora final prevista:</b>
--------------	----------------------	-----------------------------

**3. Recursos Humanos**

( ) Interno (RJU, EBSERH) ( ) Externo (Prestador de Serviço): Empresa: \_\_\_\_\_

N.º de envolvidos: \_\_\_\_\_

**4. Riscos principais**

( ) Projecção de partículas	( ) Contato com peças com cantos e arestas cortantes/perfurantes	( ) Atropelamento
( ) projecção faíscas/fagulhas	( ) Energias Perigosas presentes (qual(is)): 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		

**5. Equipamentos de proteção**

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

**6. ANÁLISE GERAL E MEDIDAS ADOTADAS**

a. Foi analisado o ambiente antes do início das atividades? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	b. A área está sinalizada? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	c. Pessoas vizinhas foram orientadas a afastarem-se do local de risco? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
d. Existe mais de uma frente de serviço concomitante? Se sim, anotar no campo "8". <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	e. Existe impedimento para as frentes de trabalho concomitantes? Se sim, anotar no campo "8". <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	f. As energias perigosas foram bloqueadas e desenergizadas? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
g. Trabalhador que realiza o bloqueio de energia perigosa está autorizado formalmente pela empresa? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	h. Ficha de Controle de Energia Perigosa (FCEP) preenchida? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	*Anotar as energias envolvidas no campo "8".
j. Há existência de anteparos/tapumes? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	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 COM ELETRICIDADE**

a. Tensão do circuito: <input type="checkbox"/> EBT: até 50 VCA/120VCC <input type="checkbox"/> BT: acima 50 VCA/120VCC até 1000VCA/1500 VCC <input type="checkbox"/> AT: acima 1000 VCA/1500VCC	b. Tipo de trabalho: <input type="checkbox"/> Intervenção <input type="checkbox"/> Proximidade	c. Local da atuação: <input type="checkbox"/> Zona de Risco <input type="checkbox"/> Zona Controlada <input type="checkbox"/> Zona Livre
d. Condição do circuito? <input type="checkbox"/> Energizado <input type="checkbox"/> desenergizado	e. Seccionamento realizado? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	Área Classificada <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
g. Teste de energia "zero" realizado? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	h. Bloqueio elétrico realizado? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	f. Aterramento elétrico instalado com equipotencialização dos circuitos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA
j. EPI, EPC e ferramentas são isoladas e o isolamento está em perfeito estado? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NA	k. Outras medidas adotadas (descrever):	i. Tipo de bloqueio: <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Administrativo
		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:**

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

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

<b>Empresa</b>		<b>Nº do Serviço:</b>	
<b>Unidade</b>		<b>Data</b>	
<b>Coordenador de Operação</b>			
<b>Responsável pelo Serviço</b>			

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			
<b>Peso Total</b>		<b>Centro de Gravidade Local</b>	
PRECAUÇÕES ESPECIAIS REQUERIDAS			
EQUIPAMENTOS REQUERIDOS			

 <b>EBSERH</b> <small>HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS</small>	<b>PERMISSÃO PARA TRABALHOS COM RISCOS ESPECIAIS (PTRE)</b>	<b>Nº: -2019</b>
		<small>Revisão: 001 - Fevereiro 2017 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		