|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |
| **(1) Empresa: XXXXXXXXX.** | | **(2) Contato do responsável da empresa contratada (tel. e-mail):–**  **(21) XXXXX-XXXX** | | | | | | **(3) Nº** | |
| **(4) Descrição do Serviço: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.** | | | | | | **(5) Nº CONTRATO/Pedido de serviço:** | | | |
| ***(6) B2BN ( ) SF ( ) B2BF ( ) OUTROS ( X ) Site*** | | | | | **(7) Data da Emissão: XX/XX/XXXX** | | | | |
| **(8) Departamento/ Setor: Comunicação** | | | | **(9) Local: Site** | | | | | |
| **(10) ( X ) Serviço Pontual** | | | **( ) Contrato contínuo/Serviço Rotineiro** | | | | | |  |
| **(11) Período de realização do trabalho: Início: XX/XX/XXXX** | | | **Término: XX/XX/XXXX** | | | | | |  |
| **“TODAS AS ORIENTAÇÕES DE SEGURANÇA CONTIDAS NESTA A.P.R. DEVERÃO SER SEGUIDAS RIGOROSAMENTE”.**  **1.** *Deverá ser apresentado em anexo ao documento, o comprovante das formações legais obrigatórias dos profissionais*  *envolvidos neste serviço para análise e liberação. Após término do serviço, entregar cópia desta APR e comprovante do treinamento no setor BSI – Administrativo.* | | | | | | | | | |
| **(12) RISCOS ASSOCIADOS / SERVIÇOS ESPECIAIS** | | | | | | **Sim** | **Não** | | **NA** |
| Riscos Químicos\* | | | | | |  |  | |  |
| Riscos Físicos | | | | | |  |  | |  |
| Riscos Biológicos | | | | | |  |  | |  |
| Riscos Ergonômicos | | | | | |  |  | |  |
| Atividades com aplicação de ; | | | | | |  |  | |  |
| Atividade com Trabalho em Altura; | | | | | |  |  | |  |
| Atividade com Trabalho à Quente; | | | | | |  |  | |  |
| Atividade com Trabalho em Espaço Confinado; | | | | | |  |  | |  |
| Atividade com Trabalho Escavação; | | | | | |  |  | |  |
| Atividade com Áreas Energizadas; | | | | | |  |  | |  |
| **TREINAMENTO – REGRAS** | | | | | | | | | |
| ***Regras*** | Todo o pessoal trabalhando no Site aplica e zela pelo respeito às **Regras.**   * **FORMAÇÃO DAS PESSOAS**: As pessoas devem ser formadas para realizar suas atividades profissionais com segurança. * **INTEGRIDADE DOS DISPOSITIVOS DE SEGURANÇA**: Nenhum dispositivo ou equipamento de segurança pode ser desativado ou ter sua eficiência reduzida. Qualquer intervenção deve ser submetida a uma análise prévia de riscos por pessoal e método autorizado. * **CONDENAÇÃO DE ENERGIAS**: As intervenções de manutenção, regulagem ou limpeza em uma máquina ou equipamento devem ser realizadas aplicando criteriosamente as instruções de condenação de energias. * **CIRCULAÇÃO**: Os pedestres, ciclistas, condutores de empilhadeiras e veículos devem respeitar o plano e as regras de circulação em todo o site. * **TRABALHOS ESPECIAIS:** Os trabalhos em espaço confinado, em altura ou com pontos quentes só devem ser realizados com a emissão da permissão de trabalho ou APR, segundo procedimento em vigor.   **CADA UM DE NÓS TEM A RESPONSABILIDADE DE SER EXEMPLAR NA APLICAÇÃO DESSAS ORIENTAÇÕES.** | | | | | | | | |
| ***Circulação:*** | #Uniformes com sinalização ou coletes amarelo florescentes.  # Respeitar as regras de circulação como (não falar no celular enquanto caminha entre máquinas, travessia de pedestres, em áreas de movimentação de empilhadeiras, subir e descer escadas, não usar passagens de empilhadeiras e sim a de pedestre...).  #Atenção às áreas de coabitação (locais identificados com pintura laranja no piso e sinalização), nesse local não pode haver compartilhamento simultâneo de empilhadeiras e pedestres. Ex: Se o pedestre estiver dentro da área de  coabitação o operador de empilhadeira não poderá acessar o local (vice-versa). | | | | | | | | |

**\*** No caso de riscos químicos, devem ser apresentadas as FISPQ de todos os produtos a serem a utilizados na atividade de acordo com a legislação brasileira.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **“TODAS AS ORIENTAÇÕES DE SEGURANÇA CONTIDAS NESTA A.P.R. DEVERÃO SER SEGUIDAS**  **RIGOROSAMENTE”.** (O serviço deve ser paralisado na identificação de qualquer risco que não foi identificado na APR ou mudança na condição do serviço. A APR deve ser refeito).  **DESCREVER ABAIXO AS ETAPAS DO SERVIÇO (POR LINHA)**  **NOTA: *Todos os riscos identificados devem ser enumerados e as medidas preventivas, deveram estar correlacionadas na respectiva linha de identificação do risco, uma tarefa pode ter vários riscos e um risco poderá ter várias medidas***  ***preventivas****.* | | | | **(3) Nº. [MICHELIN]:** |
| ***FASES (13)*** | **(14) DESCRIÇÃO DAS TAREFAS** | **(15) RECURSOS** | **(16) RISCOS** | **(17) MEDIDA PREVENTIVA** |
| ***01*** | XXXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXX*.* | XXXXXXXXXX |
| ***02*** | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX |
| ***03*** | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX |
| ***04*** | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXX | XXXXXXXXX | XXXXXXXXXX |

**JB SERVIÇOS DE ASSESSORIA E CONSULTORIA EMPRESARIAL LTDA – ME.**

**CNPJ: 25.108.808/0001-18.**

**Rio de Janeiro - Endereço: Rua Moncorvo Filho, 99, loja A – Centro, Rio de Janeiro - RJ.**

**TELEFONE: (21) 3933-1161(fixo e whatsapp) E-MAIL: comercial@jbsegurancadotrabalho.com.br**

**SITE:** [**www.jbsegurancadotrabalho.com.br**](http://www.jbsegurancadotrabalho.com.br)

**São Paulo – Endereço: Rua Siqueira Bueno, 1321 - Loja - Metrô Belém - São Paulo-SP.**

**TELEFONE: (11)** [**2694-2399**](https://www.google.com/search?q=jb%20cursos&sxsrf=ALiCzsZ4ZnUR0GthmPk4aSTgYTpav0pe8A:1652104970756&ei=AB95YrvSCp7y1sQP9L-DiAY&ved=2ahUKEwivgqfPytL3AhU3lZUCHaTzDw4QvS56BAgHEAE&uact=5&oq=jb+cursos+&gs_lcp=Cgxnd3Mtd2l6LXNlcnAQAzIFCAAQgAQyCwguEIAEEMcBEK8BMgsILhCABBDHARCvATILCC4QgAQQxwEQrwEyBggAEBYQHjIGCAAQFhAeMgYIABAWEB4yBggAEBYQHjIGCAAQFhAeMgYIABAWEB46BAgjECc6CwgAEIAEELEDEIMBOgsILhCABBCxAxCDAToFCC4QgAQ6CggAELEDEIMBEEM6BwgAELEDEEM6CAgAEIAEELEDOg0ILhCABBDHARCvARAKOggIABAWEAoQHjoCCCZKBAhBGABKBAhGGABQ_QRYvhZg2ihoAHAAeACAAdsIiAHHOJIBBzUtMS4zLjSYAQCgAQHAAQE&sclient=gws-wiz-serp&tbs=lf:1,lf_ui:2&tbm=lcl&rflfq=1&num=10&rldimm=2478300436076276139&lqi=CglqYiBjdXJzb3NaCyIJamIgY3Vyc29zkgEPbGVhcm5pbmdfY2VudGVyqgEREAEqDSIJamIgY3Vyc29zKAw&sa=X&rlst=f) **(fixo e whatsapp)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Conservação: | **Cópia não controlada** | Características especiais: | * **Sim** |  **Não** |

|  |  |
| --- | --- |
| **(18) AVALIAÇÃO DE IMPACTOS AMBIENTAIS** | **(3) Nº.** |
| IMPORTANTE: |  |
| 1. Estes são os itens mínimos a serem avaliados durante a realização das atividades. |  |
| 2. Outros Aspectos Ambientais existentes e não descritos na lista abaixo devem ser listados, as medidas de controle definidas e implementadas. | |
| 3. É obrigatório implementar as medidas de controle para os aspectos ambientais existentes na atividade. |  |
| 4. Dúvidas, entrar em contato com a Central de Resíduos . |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **ASPECTO AMBIENTAL** | **IMPACTO AMBIENTAL** | **RECOMENDAÇÕES / ORIENTAÇÕES** | **ASPECTO EXISTENTE NA ATIVIDADE** | | **MEDIDAS DE CONTROLE ADOTADAS** |
| **SIM** | **NÃO** |
| 1 | Consumo de energia elétrica | Redução dos recursos naturais | Orientar equipe para reduzir consumo de energia |  | X |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VERIFICAR** | **SIM** | **NÃO** | **NA** |
| Há recipientes próprios, destinados à segregação de resíduos, conforme procedimentos? |  |  |  |
| Todos os envolvidos na tarefa sabem como segregar, identificar e dispor os resíduos, conforme procedimentos? |  |  |  |
| Todos os envolvidos na tarefa sabem como e onde destinar os efluentes? (OBS.: Não descartar em bueiros ou bocas de lobo). |  |  |  |

“Seguir a sequência de assinaturas. Para que o EP/SHT possa validar o campo 26 é necessário que os campos 19 até o 32 estejam devidamente preenchidos e assinados.”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VALIDAÇÃO** | | |
| **(19) Resp. Executante do Serviço:** | **(20) Data/ Assinatura:** | |
| **(21) Téc. Segurança da empresa executante do Serviço:** | **(22) Data/Assinatura:**  **XX/XX/XXXX** | |
| **(23) Solicitante do Serviço (RMT) (nome e registro legível):** | **(24) Data/Rubrica:** | **(25) IMPACTO DO SERVIÇO: O serviço terá impacto em outros setores, que seja necessário à comunicação?**  **SIM ( ) NÃO ( )** |
| **(26) EP/ SHT (nome e registro):** | **(27) Data/Rubrica:** | |
| **(28) EP/ HIGIENISTA\* (nome e registro):** | **(29) Data/Rubrica:** | |
| **(30) Chefe de Setor (nome e registro legível):** | **(31) Data/Rubrica:** | |

\*A assinatura do Higienista é obrigatória quando for identificado nos riscos associados o risco químico

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPROVAÇÃO DO TREINAMENTO NA APR** | | | | **(3) Nº.** | |
| **(32) Nome LEGÍVEL (LETRA DE FORMA)** | **(33) Empresa** | **(34) Função** | **(35) Data** | | **(36) Rubrica** |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |

|  |
| --- |
| **(37) Comentário - Término dos Trabalhos** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**ATENÇÃO: ENTREGAR CÓPIA DA APR NO ADM, APÓS TÉRMINO DO SERVIÇO. O DESCUMPRIMENTO DESTA SOLICITAÇÃO SERÁ REGISTRADO NO DOSSIÊ DA CONTRATADA JUNTO AO DEPARTAMENTO DE COMPRAS.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Conservação: | **Cópia não controlada** | Características especiais: | * **Sim** |  **Não** |