



PERMISSÃO PARA TRABALHO EM ALTURA ANDAIME

Versão 01/2016

Tipo de Documento:
Formulário

Area Emissora:
SESMT

Localização do serviço:

Data: ___/___/___

Início ___:___h

Fim: ___:___h

Lista de Verificação - Ambiente de Trabalho pelo Executante

SIM

NÃO

N/A

O trabalhador é treinado e está autorizado a realizar o serviço? Está em perfeitas condições físicas?

As pranchas ou pisos metálicos do andaime estão em boas condições?

As pranchas ou pisos metálicos estão fixadas no andaime?

As pranchas ou pisos metálicos preenchem totalmente a área do trabalho do andaime?

O andaime está no prumo?

O andaime possui sapata de apoio?

O andaime está montado em piso firme?

No andaime existe travessa para contra travamento?

O andaime está ancorado firmemente em 3 pontos?

O andaime possui guarda corpo superior e inferior?

O guarda corpo possui altura mínima de 1,20m, travessa à 0,70m e rodapé 0,20m?

Os andaimes são resistentes ao peso e trabalho ao qual estará submetido?

A área sob o andaime está isolada e sinalizada?

O andaime está protegido contra colisões de veículos?

O Andaime encontra-se móvel ou fixado em estrutura?

Se for um andaime móvel, possui rodas com freios nas mesmas?

A estrutura do andaime está sem sinais de corrosão?

Existe escada para acessar a plataforma com guarda corpo?

O andaime possui todas as peças necessária para a sua montagem segura, tais como travas, sapatas, parafusos de regulagem, braçadeiras, luvas, pinos e contrapinos?

A subida no andaime será feita com cinto de segurança devidamente inspecionado e com dois talabartes?

Foi verificado risco de contato do andaime com a rede elétrica ou outro equipamento energizado?

ANDAIME

(Qualquer resposta negativa indica condição fora do padrão, portanto, qualifica-se como NÃO APTO o andaime).

() APTO

() NÃO APTO

Funcionários que participarão da Tarefa

NOME	RG	VISTO	NOME	RG	VISTO

Nome Operador / Encarregado do Serviço:

Nome Responsável do SESMT pela emissão da PT:

Assinatura:

Assinatura:

Devolução/Encerramento

Data ____/____/____

Hora: ____:____

Nome Operador / Encarregado do Serviço:

Nome Responsável do SESMT pela emissão da PT:

Assinatura:

Assinatura:

Observação: