

Área gestora	Edição	Código
Diretoria de Saúde e Segurança do Trabalho	1.0	FSST-027
Assunto	Data de aprovação	
FORMULÁRIO PARA TRABALHO EM ALTURA	27/02/2025	

Empresa:	Área:	
Local do Serviço:		
Data:	Hora Início:	Hora Final:
Equipamentos:		
Descrição do serviço:		
Os riscos da tarefa foram analisados em quais documentos: () Ordem de Serviço () APR () PEX		
EPI necessários: () Cinto de Segurança Paraquedista () Calçado de segurança () Luvas de Segurança () Óculos de Segurança () Trava quedas () Linha de vida () Talabarte de posicionamento () Talabarte em Y () Fita de ancoragem () Polia simples ou dupla () Kit Resgate () Protetor auricular () Capacete de segurança com jugular () Perneira () Vestimenta anti-chama () Outros: _____		
MEDIDAS PREVENTIVAS ESPECÍFICAS		
Trabalho em altura		
S NA () () Todos os envolvidos estão com treinamento legal e ASO vigentes? () () Área sinalizada e isolada e acessos adequados para a execução e deslocamento durante a atividade? () () Os pontos de acesso à frente de serviço está sinalizado com placa de advertência? () () O kit de resgate em altura está disponível no local da atividade? () () Os equipamentos a serem utilizados foram aprovados na inspeção de rotina? () () A seleção dos materiais a serem usados é adequada à atividade? () () Os pontos de ancoragem estão dimensionados, projetados, instalados e em boas condições, inclusive para acesso? () () As linhas de vida estão instaladas conforme projeto e isentas de não conformidades? () () As ferramentas utilizadas possuem amarração que impossibilite a queda? () () Bloqueados os riscos de contato com partes ou circuitos energizados? () () Os empregados envolvidos foram informados sobre os riscos e as medidas de controle? () () Bloqueados os riscos de interferências com outras atividades? () () Piso não escorregadio regular e resistente para apoio das plataformas, escadas ou andaimes? () () A atividade será realizada sob supervisão? () () Condições meteorológicas adversas foram consideradas? () () A suspensão dos trabalhos está assegurada pelo responsável pela autorização da PT se for verificado situação ou condição de risco não prevista, cuja eliminação ou neutralização imediata não seja possível? () () Outros. Especificar: _____		
Trabalho em telhado		
S NA () () Verificado cumprimento quanto a proibição da concentração de cargas em um mesmo ponto sobre telhado ou cobertura? () () Em caso existência de telhas translúcidas, medidas preventivas foram adotadas? () () Todos os pontos de acesso sobre o telhado possuem linhas de vidas que permitem o acesso seguro? As passarelas ou pranchões para deslocamento são suficientes? () () Os pranchões para deslocamento de pessoas foram amarrados? Estão dimensionados e travados? () () É proibida a realização de trabalho ou atividades em telhados ou coberturas em caso de ocorrência de chuvas, ventos fortes ou superfícies escorregadias? () () A superfície do telhado está isenta de umidade proveniente de chuva, neblina ou vapores do processo? () () É proibida a realização de trabalho ou atividades em telhados ou coberturas sobre fornos ou qualquer equipamento do qual possa haver emissão de gases, provenientes ou não de processos industriais () () Outros. Especificar: _____		

Área gestora	Edição	Código
Diretoria de Saúde e Segurança do Trabalho	1.0	FSST-027
Assunto	Data de aprovação	
FORMULÁRIO PARA TRABALHO EM ALTURA	27/02/2025	

Trabalho em fachada	
S	NA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possui sistema de ancoragem que permita que o equipamento utilizado fique bem fixo?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A parte superior e inferior da escada estão bem presas a parede?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todos os pontos de acesso a fachada possuem linhas de vidas que permitem o acesso seguro?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros. Especificar: _____	

TERMO DE RESPONSABILIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA EXECUÇÃO DOS TRABALHOS:
Declaro que estou ciente de minha responsabilidade e após ter avaliado os perigos inerentes ao trabalho a ser realizado, concordo sempre seguindo as precauções e definições acordadas em conjunto com o emitente e o executante.

[illegible]

EMIÇÃO						
	NOME	ASSINATURA	MATRÍCULA	EMPRESA	DATA	HORA
EMITENTE DA PT						
RESPONSÁVEL PELO RESGATE						

RESCATE		LIBERAÇÕES				
	NOME	ASSINATURA	MATRÍCULA	EMPRESA	DATA	HORA
Lider da área:						
Liberador de PT:						
1ª REVALIDAÇÃO						
Lider da área:						
Liberador de PT:						
2ª REVALIDAÇÃO						
Lider da área:						
Liberador de PT:						
3ª REVALIDAÇÃO						
Lider da área:						
Liberador de PT:						
4ª REVALIDAÇÃO						
Lider da área:						
Liberador de PT:						
5ª REVALIDAÇÃO						
Lider da área:						
Liberador de PT:						

Observações:

Esta PT deve ser arquivada, após o encerramento, junto com o Planejamento Executivo – PEX correspondente.
(NR 35.4.8.1 - A Permissão de Trabalho deve ser emitida, aprovada pelo responsável pela autorização da permissão, disponibilizada no local de execução da atividade e, ao final, encerrada e arquivada de forma a permitir sua rastreabilidade).