

Aplicação: A todas as frentes de serviço				
Data emissão: ___/___/___		Horário de início:		
Local:		Atividade:		
Item	VERIFICAÇÕES DO ENCARREGADO DE EQUIPE	Aprovação		
		S	N	NA
01	Foi realizado DSS na frente de serviço?			
02	O encarregado verificou individualmente as condições de saúde dos membros da equipe?			
02	Os EPI's utilizados são aqueles fornecidos pela empresa, com CA e estão em condições de uso? () Capacete () Luvas () Mascara () Óculos () Cinto de Segurança () Abafador de Ruído () outros (especificar)			
03	Os uniformes estão completos e em condições de uso?			
04	Foi informado os riscos e medidas de controle constantes da ART (Análise de Risco da Tarefa)?			
05	Todas ART estão liberadas pelo Encarregado e Técnico de Segurança da frente de trabalho?			
06	Todas as ferramentas foram inspecionadas na frente de trabalho e estão identificadas com a cor do mês?			
08	Os veículos e equipamentos foram identificados com a cor do mês?			
09	Foi elaborado check-list para veículos e equipamentos?			
10	Os funcionários envolvidos nas atividades referente as RAC'S estão portando seu crachá de identificação (Passaporte)?			
11	A frente de trabalho esta sinalizada?			
12	Possui sinaleiro na frente de trabalho?			
13	Em caso de trabalho em altura ou espaço confinado foi feito aferimento de pressão (APTS)?			
14	Todos os andaimes possuem placas de identificação e check - list, liberado para uso?			
16	O padrão mínimo de segurança e Regras de Ouro são do conhecimento de todos?			
17	Foi realizado bloqueio de maquinas e equipamento em caso de manutenção?			
18	Antes do início das atividades o local de trabalho está organizado conforme 5S?			
19	Todos foram instruídos sobre o direito de recusa quanto as condições inseguras de trabalho?			
20	Todos foram orientados para informar as condições inseguras ao encarregado?			
21	Todos foram orientados para utilização do protetor solar e manter a integridade do uniforme?			
22	Todos foram orientados da importância do Código de Conduta?			
O serviço não pode ser iniciado se algum campo não for preenchido ou se algum quesito for considerado não aprovado				
Estes são quesitos mínimos necessários para a permissão dos trabalhos.				
Termo de responsabilidade				
Os trabalhos serão iniciados em condições seguras de acordo com os item aplicáveis neste Chec-list. Os Colaboradores assinam o documento comprovando que foram orientados para o cumprimento dos padrões legais de saúde e segurança no trabalho legal, da empresa e do cliente. Desta forma está permitido o início dos trabalhos.				
Assinatura e visto do Encarregado:			Visto:	
Data de entrega do formulário ao SESMT:			Data: ___/___/___	



CONSTRUTORA
**BARBOSA
MELLO**

LISTA DE VERIFICAÇÃO

ORDEM UNIDA

Revisão: 02
Página: 01/01
Obrigatoriedade: Diário