

Área gestora	Edição	Código
Diretoria de Saúde e Segurança do Trabalho	2.0	FSST-028
Assunto	Data de aprovação	
FORMULÁRIO PARA ATIVIDADES GERAIS	29/01/2026	

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			
Todos com treinamento e ASO vigente? () SIM () NÃO _____			
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 com escavações			
S NA () () Foi verificada a existência de intervenções na altura da escavação? () () Foi avaliado a presença de líquido/gás no interior da escavação? () () Foram analisados os Projetos das instalações subterrâneas antes de iniciar as atividades? () () Foi providenciado iluminação para atividades noturnas? () () Foi providenciado escoramento de escavações de profundidade superior a 1,25m para taludes instáveis? () () Foi definido o limite de distância adequado para depósito do material escavado? () () Está disponível meio de comunicação via rádio/telefone? () () Outros. Especificar: _____			
Trabalho com produtos químicos			
S NA () () Foi verificado a direção dominante do vento? () () Foi verificado fontes de calor (máquinas, equipamentos e outros)? () () Produto foi cadastrado e homologado pela organização? () () Foi adotado medidas de controle de risco para proteção da pele, proteção respiratória e meio ambiente? () () FISPQ/FDS disponíveis na frente de trabalho para consulta? () () Outros. Especificar: _____			
Trabalho içamento Crítico			
S NA () () Foi avaliado se o equipamento de içamento tem capacidade compatível com a carga? Foi avaliado se o isolamento/sinalização, oferece condições seguras para pessoas, equipamentos e veículos? () () Foi avaliado interferências dos equipamentos com locais energizados, estruturas, pontos de agarramento e tubulações? () () Equipamentos de elevar, guindar, estão sobre piso firme e nivelado? () () Plano de Rigger? () () Existe cabo guia para manobra. () () Assegurado que os envolvidos na operação estejam a uma distância segura da carga. () () Foi assegurado cenário sem ventos/chuvas que ofereça instabilidade. () () 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.			
NOME (Legível)	MATRÍCULA OU CPF	EMPRESA	ASSINATURA

Área gestora	Edição	Código
Diretoria de Saúde e Segurança do Trabalho	2.0	FSST-028
Assunto	Data de aprovação	
FORMULÁRIO PARA ATIVIDADES GERAIS	29/01/2026	

EMIÇÃO

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

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).