Interno

FORMULÁRIO DE INSPEÇÃO DE PRÉ USO_REV02
Cinto de Segurança para trabalho em Altura

Equipamento / Nº:	**Mês:**
Setor:	**Complexo:**
Responsável setor:	**Local:**

	Itens a serem observados	Crítico? (Sim ou Não)		Itens a serem observados	Crítico? (Sim ou Não)
1	O cinto encontra-se limpo, isento de óleo e graxa?	SIM	9	O número do CA está identificado com gravação visível é compatível, cinto com Talabarte devem ser da mesma marca, a data de fabricação, o lote do cinturão e os talabartes estão identificados de forma visível?	SIM
2	O cinto encontra-se completo? (não existe ausência de partes, componentes).	SIM	10	O absorvedor de energia está em perfeito estado? (sem rompimento da costura) quando houver.	SIM
3	O cinto está em perfeito estado de conservação sem partes deformadas, partidas, fendidas ou frouxas?	SIM	11	O talabarte utilizado para soldador e maçariqueiro é em fibra Aramida retardante a chama? Cinto ou talabarte com avaria de pingos de solda devem ser trocados.	SIM
4	As argolas estão em boas condições e sem trincas, com os ilhoses e fivelas sem sinais de ferrugem?	SIM	12	Possui ponto de ancoragem? Para trabalho em espaço confinado obrigatório ponto de ancoragem nos ombros e triângulo para resgate.	SIM
5	O talabarte do cinto tem que ser duplo (em "Y") ou de posicionamento e encontra-se em perfeito estado de conservação, sem cortes, fios rompidos, ilhós oxidado, ressecado ou corroído?	SIM	13	Foi realizado o questionário de saúde ocupacional?	SIM
6	O mosquetão está travando corretamente?	SIM	14	Proibido efetuar trabalho em altura com tempo chuvoso ou molhado, ventos superiores a 40 km/h conforme item 6.2 NR 35 também torna impeditivo a atividade.	SIM
7	O cadarço encontra-se em boas condições de uso, sem desgaste ou ressecamento?	SIM	15	Foi aberto Permissão de Trabalho (PT), APR / AST está disponível? Abrir PT quando atividade não for rotineira.	SIM
8	A trava do gancho encontra-se em perfeito estado? (com duplo travamento, sem molas oxidadas, sem trava quebrada, sem parte metálica oxidada).	SIM	Obs: Quando a atividade não possui uma AST deverá ser realizado uma APR.		

LEGENDA: C - CONFORME **NC - NAO CONFORME** **N/A- NAO SE APLICA**

DATA	NOME	ITENS														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																
___/___/_____																

Nome e Assinatura do responsável pelo check list:

Nome e Assinatura do Líder, Coordenador, Gerente e/ou TST, caso tenha inspecionado:

OBS : ESTE CHECK - LIST DEVE SER PREENCHIDO PELO OPERADOR ANTES DE INICIAR A ATIVIDADE E VISTADO PELO RESPONSÁVEL DA ÁREA E/OU TST POR OCASIÃO DE INSPEÇÕES.

Informação de avaria

DATA	NOME	IRREGULARIDADES ENCONTRADAS
___/___/___		
___/___/___		
___/___/___		
___/___/___		
___/___/___		
___/___/___		

Interno

Interno

FORMULÁRIO DE INSPEÇÃO DE PRÉ USO_REV02

Cinto de Segurança para trabalho em Altura

Equipamento / Nº:	**Mês:**	**Local:**
Setor:	**Complexo**	
Responsável setor:	**Coordenador:**	

CONTROLE DE MANUTENÇÃO

DATA	NOME / EMPRESA	Nº OS	SERVIÇO REALIZADO
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			
___/___/____			

Nome e Assinatura do responsável pelo check list:

Nome e Assinatura do Líder, Coordenador, Gerente e/ou TST, caso tenha inspecionado.

OBS : ESTE CHECK - LIST DEVE SER PREENCHIDO PELO OPERADOR ANTES DE INICIAR A ATIVIDADE E VISTADO PELO RESPONSAVEL DA AREA E/OU TST POR OCASIÃO DE INSPEÇÕES.

Interno