|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO PARA EXPOSIÇÃO AO RISCO** | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DO COLABORADOR** | | | | | | | |
| **Nome** | {{nome}} | | | | | **Matrícula** | {{matricula}} |
| **Função** | {{funcao}} | | **Depto** | {{depto}} | **Nº Chamado** | | {{n\_chamado}} |
| **GESTOR DO COLABORADOR** | | | | | | | |
| Em caso de autorização do Diretor Presidente e Diretor Técnico:  Solicito as seguintes autorizações para o referido colaborador, para trabalho em:  ÁREA DE RISCO – ENERGIA ELÉTRICA: (Norma Regulamentadora nº10 e nº16) SIM [ ] NÃO [ ]  O colaborador, se autorizado (credenciado), irá desenvolver as seguintes atividades nas respectivas áreas operacionais COM riscos, conforme Laudo Técnico Pericial: | | | | | | | |
| **Atividade** | | | | **Áreas Operacionais COM risco** | | **Frequência** | |
| {{atividade}} | | | | {{areas}} | | {{frequencia}} | |
| **Data** | | **Nome** | | | | **Assinatura/Carimbo** | |
| {{data}} | | {{nome2}} | | | |  | |
| **DECLARAÇÃO E CIÊNCIA DO COLABORADOR** | | | | | | | |
| Declaro ter conhecimento dos riscos de acidentes no desenvolvimento das atividades em área de risco, bem como, dos métodos de trabalho estabelecidos pelas Normas e Procedimentos Técnicos para evitá-los, comprometendo-me a cumpri-los.  Declaro ainda que após esta data comprometo-me a comunicar a minha Diretoria imediata o uso de qualquer substância ou incapacidade (física ou mental) que possa comprometer minha atividade laborativa.  Declaro que só iniciarei os trabalhos em área de risco a partir do recebimento da comunicação pelo setor RH/DP da conclusão desse processo de autorização.  Declaro ter conhecimento que esta autorização (credenciamento) será automaticamente cancelada caso ocorra uma ou mais situações abaixo descritas:   * Afastamento do trabalho ou inatividade, por período superior a três meses; * Passar por mudança de função, lotação alterada, ou for cedido, liberado ou demitido; * Ter concessão de aposentadoria especial; * Existência de parecer médico que indique a recomendação do meu afastamento de área de risco em virtude de problemas de saúde ou psicológico; * Não ter regularizado a realização de exame médico periódico que esteja vencido; * Não ter regularizado a realização de treinamentos de reciclagem que estejam vencidos. * Existência de parecer da área de segurança indicando que minha conduta comportamental pode comprometer a minha atividade laborativa ou a minha integridade física ou à de outras pessoas. | | | | | | | |
| **Data** | | **Nome** | | | | **Assinatura/Carimbo** | |
| {{data2}} | | {{nome3}} | | | |  | |

|  |
| --- |
|  |
| **PARECER DA MEDICINA DO TRABALHO (ASO)** | | **Apto** |  | **Não apto** | **Não aplicável** |
| Análise da saúde para trabalhar em áreas de risco ELÉTRICO | | {{aso}} | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Nome** | **Assinatura/Carimbo** |
| {{data3}} | {{nome4}} |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARECER DA ÁREA DE SEGURANÇA DO TRABALHO (TREINAMENTO** | **Apto** | **Não apto** | **Não aplicável** |
| Áreas de Risco Elétrico | {{treinamentoa}} | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Nome** | **Assinatura/Carimbo** |
| {{data4}} | {{nome5}} |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARECER FINAL** | | | |
| De acordo com a análise das atividades a serem realizadas em áreas operacionais e pareceres dados pelas áreas envolvidas,  o referido colaborador, SOMENTE após registro no sistema pelo DP, será considerado: | | | |
|  | | | {{credenciado\_a}} |
| {{autorizacaonao}} | **Não Autorizado** {{autorizacaosim}} | **Autorizado** |
|  | **(Credenciado)** | **(Credenciado)** |
|  | Conforme o laudo técnico de periculosidade nº: [ ] Eventual [ ] Intermitente | {{laudo}}  [ ] Permanente [ ] Sem exposição | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Nome** | **Assinatura/Carimbo** |
| {{data5}} | {{nome6}} |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **REGISTRO DA AUTORIZAÇÃO** | | | |
| **Não registrado** | | **Data** | **Assinatura / Carimbo** |
|  |  | {{data6}} |  |

1. Função – Aquela constante do Laudo do órgão de lotação (Exemplo: Engenheiro de Manutenção Elétrica, Operador d Técnico de Operação, Motorista Eletricista, etc.);
2. Lotação – Órgão onde o colaborador exerce sua função;
3. Doc. de Autorização n0 – Constante do formulário de Autorização do colaborador;
4. Atividades – Descrever resumidamente todas as atividades que serão desenvolvidas unicamente nas Áreas de Risco;
5. Áreas de Risco / Local – Informar a Área de Risco e nome da instalação elétrica, onde serão desenvolvidas as atividad (Exemplo: Pátio de subestação / SE Manaus 1);
6. Período Previsto – Dia / Mês / Ano de início e término da atividade;
7. Data incluída na frase “Lembramos que” – Colocar a data de término que deverá coincidir com a data de término da atividade;
8. Data – Dia / Mês / Ano da assinatura do Gerente de Departamento, do Diretor e do colaborador;
9. Nome – Nome completo do Gerente de Departamento, do Diretor e do colaborador; (14)Assinatura – Assinatura do G Departamento, do Diretor e do colaborador; (15)Confirmação da realização do trabalho – Apontar se o trabalho foi realmen realizado ou não.

**E RISCO**

tes

(11)

|  |
| --- |
| **s (15)** |
| **ealizado** |
| NÃO  FALSE |

|  |
| --- |
| ) |
|  |
|  |

SE,

es

erente de te