



AUDITORIA COMPORTAMENTAL

Unidade:

Nome:

Local:

Data:

Quantidade de pessoas observadas:

Atividade observada:

1. EPI INADEQUADO OU FALTANDO

- | | |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Capacete | <input type="checkbox"/> Macacão RC |
| <input type="checkbox"/> Jugular | <input type="checkbox"/> Protetor Facial |
| <input type="checkbox"/> Protetor Auricular | <input type="checkbox"/> Máscara |
| <input type="checkbox"/> Cinto de Segurança | <input type="checkbox"/> Luvas |
| <input type="checkbox"/> Colete Salva-Vidas | <input type="checkbox"/> Macacão Tyvek |
| <input type="checkbox"/> Bota | <input type="checkbox"/> Capa de Chuva |
| <input type="checkbox"/> Balaclava | |

Outros (Descrever):

2. POSIÇÃO INADEQUADA

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Risco de Bater Contra Objeto ou Equipamento | |
| <input type="checkbox"/> Risco de Ser Atingido Por Carga Suspensa | |
| <input type="checkbox"/> Risco de Ser Atingido | |
| <input type="checkbox"/> Risco de Absorver Contaminantes | |
| <input type="checkbox"/> Risco de Ingerir Contaminantes | |
| <input type="checkbox"/> Risco de Inalar Contaminantes | |
| <input type="checkbox"/> Risco de Queda ao Mar | <input type="checkbox"/> Risco de Escorregar |
| <input type="checkbox"/> Risco de Ficar Preso | <input type="checkbox"/> Risco de Tropeçar |
| <input type="checkbox"/> Risco de Ser Pinçado | <input type="checkbox"/> Risco de Sofrer Queimadura |
| <input type="checkbox"/> Risco de Queda | <input type="checkbox"/> Risco de Choque Elétrico |

Outros (Descrever):

3. ERGONOMIA

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Levantamento Excessivo de Peso | |
| <input type="checkbox"/> Calor Excessivo ou Falta de Ventilação | |
| <input type="checkbox"/> Postura Inadequada | <input type="checkbox"/> Iluminação Inadequada |
| <input type="checkbox"/> Esforço Inadequado | <input type="checkbox"/> Esforços Repetitivos |
| <input type="checkbox"/> Fadiga Ocular | <input type="checkbox"/> Mobiliário Inadequado |

Outros (Descrever):

4. FERRAMENTAS

- | | |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Impróprias para o Serviço | <input type="checkbox"/> Em Condições Inseguras |
| <input type="checkbox"/> Usadas Incorretamente | <input type="checkbox"/> Improvisadas |
| <input type="checkbox"/> Danificadas | <input type="checkbox"/> Em Risco de Queda |

Outros (Descrever):

5. PROCEDIMENTOS

- | | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Não Existem Procedimentos Escritos | |
| <input type="checkbox"/> Inadequados | <input type="checkbox"/> Adequados e Não Seguidos |
| <input type="checkbox"/> Desconhece Procedimento | |

Outros (Descrever):

6. ORDEM, LIMPEZA E ARRUMAÇÃO

- | | |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Local Sujo/Desorganizado | <input type="checkbox"/> Excesso de Materiais |
| <input type="checkbox"/> Acesso Obstruído | <input type="checkbox"/> Piso Escorregadio |

Outros (Descrever):

7. EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Equipamento sem identificação de carga | |
| <input type="checkbox"/> Escada Suja ou com Degraus Danificados | |
| <input type="checkbox"/> Guarda-Corpo Mal Conservado | |
| <input type="checkbox"/> Equipamento sem Proteção | |
| <input type="checkbox"/> Área sem Isolamento | <input type="checkbox"/> Falta de Sinalização |
| <input type="checkbox"/> Área Obstruída | <input type="checkbox"/> Falta de Extintor |
| <input type="checkbox"/> Falta de Bloqueio | <input type="checkbox"/> Extintor Vencido |
| <input type="checkbox"/> Rota de Fuga Obstruída | <input type="checkbox"/> Extintor sem Identificação |
| <input type="checkbox"/> Falta de Guarda-Corpo | <input type="checkbox"/> Instalações Improvisadas |
| <input type="checkbox"/> Equipamento Danificado | <input type="checkbox"/> Grade Solta |

Outros (Descrever):

8. MEIO AMBIENTE

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Local com Vazamentos e Poluição Ambiental | |
| <input type="checkbox"/> Falta de Coletores Apropriados | |
| <input type="checkbox"/> Falta Kit Sopep | <input type="checkbox"/> Falta de Tricaniz |
| <input type="checkbox"/> Substâncias Incompatíveis | <input type="checkbox"/> Furo no Piso |

Outros (Descrever):

9. DETALHAR O DESVIO OBSERVADO (ATO OU CONDIÇÃO INSEGURA)

10. DETALHAR AS AÇÕES DE BLOQUEIO (AÇÃO IMEDIATA)

11. RECONHECIMENTO SEGURO (IDENTIFIQUE O (S) EXECUTANTE (S)).