

Tabela 7. Avaliação e planejamento da execução

Data da inspeção: ___ / ___ / ___ Hora da inspeção: ___ : ___ h Local: _____ Condições climáticas: Temperatura: ___ °C Clima: _____ Responsáveis: _____ _____ _____			
Item	Descrição	Detalhamento	Observação
1	Qual a qualificação profissional dos responsáveis pela inspeção?	<input type="checkbox"/> Engenheiro Eletricista <input type="checkbox"/> Técnico Eletrotécnico <input type="checkbox"/> Eletricista <input type="checkbox"/> Aluno de curso profissionalizante <input type="checkbox"/> Outros _____	
2	Os participantes da inspeção estão bem fisicamente e mentalmente?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
3	Houve diálogo de segurança?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
4	Um ou mais executores da inspeção possui curso NR-10?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
5	O serviço foi preliminarmente conferido?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
6	Quais riscos foram detectados?	<input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Arco Voltaico <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Ergonômico <input type="checkbox"/> Ruído <input type="checkbox"/> Animais peçonhentos <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> Outros _____	
7	Quais equipamentos de segurança serão utilizados?	<input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Luva de cobertura <input type="checkbox"/> Manga isolante <input type="checkbox"/> Óculos de proteção <input type="checkbox"/> Botina dielétrica <input type="checkbox"/> Protetor auricular	

