

PGS-MOS-EHS-203

Número de Controle: _____

PLANILHA DE CAMPO - AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DE RUÍDO (MEDIÇÃO PESSOAL)

1. Identificação

Empresa: _____

Jornada: _____

Setor: _____

GHE: _____

Cargo/Função: _____

Nome do Empregado: _____

Matrícula: _____

Horário	Atividade Realizada

Data: _____

Horário de Início: _____

Horário de Término: _____

Evento: _____

2. Equipamento

Marca: _____

Modelo: _____

Resposta: _____

Nº de Série: _____

Fator Duplicação: _____

Nível Limiar: _____

Escala Compensação: _____

Range Operação: _____

Nível Critério: _____

3. Calibração

Calibrador
Níveis de Referência
Calibração Inicial:
Calibração Final:

Marca:
94 dB

Modelo:
110 dB

N. de Série:
114 dB

4. Resultados Obtidos

Dose (Tempo Real): %

Lavg (Tempo Real): dB(A)

Tempo de Medição: _____

5. Fonte Geradora

6. Observações / Condições Ambientais

7. EPI Utilizados / EPC Existentes

8. Validações

Assinatura do Empregado Monitorado

Assinatura do Gestor

Assinatura do Avaliador

PLANILHA DE CAMPO - AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO A AERODISPERSÓIDES
1. Identificação

Empresa: _____

Setor: _____

GHE: _____

Cargo/Função: _____

Nome do Empregado: _____

Matrícula: _____

Horário	Atividade Realizada

2. Avaliação de Agentes Químicos

Equipamento: _____ Nº Série: _____ Marca/Modelo: _____

Data: _____ Início: _____ Término: _____ Tempo Amostragem: _____ min.

Vazão Considerada (l/min): _____ Volume Coletado (l) : _____

Tipo de Agente: Gás / Vapor Poeira Mineral Poeira Metálica Fumos Metálicos Outros

Especificação do Agente: _____

Amostrador Tipo: _____ Código: _____

Condições Ambientais: _____

3. EPI Utilizados / EPC Existentes
4. Fonte Geradora
5. Calibração

Umidade (%): _____ Temperadura do ar (°C): _____ Calibrador Eletrônico: _____

Calibração Inicial		Calibração Final		Fabricante: _____
Vazão (L/min)		Vazão (L/min)		Vazão Média Inicial (l/min): _____
1º	6º	1º	6º	Vazão Média Final (l/min): _____
2º	7º	2º	7º	Ass. do responsável pela calibração: _____
3º	8º	3º	8º	
4º	9º	4º	9º	
5º	10º	5º	10º	

* Calibração realizada segundo a NHO 07

6. Validações

Assinatura do Empregado Monitorado

Assinatura do Gestor

Assinatura do Avaliador



PGS-MOS-EHS-203

Número de Controle: _____

PLANILHA DE CAMPO - AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO A AERODISPERSÓIDES**1. Identificação**

Empresa: _____

Setor: _____

GHE: _____

Cargo/Função: _____

Nome do Empregado: _____

Matrícula: _____

Horário	Atividade Realizada

2. Avaliação de Agentes Químicos

Equipamento: _____ Nº Série: _____ Marca/Modelo: _____

Data: _____ Início: _____ Término: _____ Tempo Amostragem: _____

Especificação do Agente: _____

Tipo de Amostragem: Passiva Instantânea Leitura Direta

Amostrador Tipo: _____ Código: _____

Condições Ambientais: _____

3. Validações

Assinatura do Empregado Monitorado

Assinatura do Gestor

Assinatura do Avaliador

PLANILHA DE CAMPO - AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DE CALOR
1. Identificação do Local Avaliado

Empresa: _____

Setor: _____

GHE: _____

Cargo/ Função: _____

Nome do Empregado: _____

Matrícula: _____

Local de Medição: _____

Temp. do Ambiente [°C]: _____

Data: _____

Horário de Início: _____

Horário de Término: _____

2. Resultados Obtidos

Atividade / Situação Térmica	(tempo em min)	Taxa Metabólica (Wats)	Total de 60 min					Observações:
			TG [°C]	TBS [°C]	TBU [°C]	IBUTG [°C]		

3. EPI Utilizados

(Descrever de forma detalhada a vestimenta e os EPI utilizados pelo trabalhador, visando ao enquadramento no Quadro 2 do item 5.5 desta NHO)

4. EPC Existentes
5. Equipamento

Marca: _____

Modelo: _____

Nº de Série: _____

6. Condições da Amostragem

Condições Atmosféricas

Observações:

Descrição das características ambientais e operacionais

 Dia ensolarado Dia parcialmente nublado Dia nublado
7. Validações

Assinatura do Empregado Monitorado

Assinatura do Gestor

Assinatura do Avaliador

PLANILHA DE CAMPO - AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DE VIBRAÇÃO DE CORPO INTEIRO
1. Identificação

Empresa:

Setor:

GHE:

Cargo/ Função:

Nome do Empregado:

Matrícula:

Equipamento Avaliado:

Condições do equipamento:

Trecho Percorrido / Condições do trecho percorrido:

2. Resultados Obtidos

Atividades / Ciclos / Tempo de duração / Quantidade de repetições no ciclo

Jornada de Trabalho (h)

Tempo de efetiva exposição diária (h)

Data:

Horário de Início:

Horário de Término:

Evento:

3. Descrição e Avaliação Preliminar da Exposição (de acordo com o item 3 - Anexo 1 da NR-9):
4. Observações

(marca, tipo, modelo, ano do equipamento, condições do assento...)

5. Reclamações Específicas

(dores, amortecimento, sintomas em geral ligados à saúde...)

6. Medidas de Controle Existentes
 Rodízio de pessoal Movimentação sobre esteirasPiso: adequado inadequado Calibração de pneus Banco Estofado Banco com amortecedor Banco rígidoBanco: apoio de braços sem apoio Amortecedor veicular Amortecedor cabine Pneus maciços Pneus com câmara Cabine aberta Cabine fechada Ar condicionado Regulagem da direção (volante)

7. Equipamento de Medição**Marca:****Modelo:****Nº de Série:****8. Validações****Assinatura do Empregado Monitorado****Assinatura do Gestor****Assinatura do Avaliador**

PLANILHA DE CAMPO - AVALIAÇÃO QUANTITATIVA DE VIBRAÇÃO LOCALIZADA
1. Identificação

Empresa:

Setor:

GHE:

Cargo/ Função:

Nome do Empregado:

Matrícula:

Equipamento / Ferramenta Avaliada:

Condições do equipamento:

Trecho Percorrido / Condições do trecho percorrido:

2. Resultados Obtidos

Atividades / Ciclos / Tempo de duração / Quantidade de repetições no ciclo

Jornada de Trabalho (h)

Tempo de efetiva operação (h)

Data:

Horário de Início:

Horário de Término:

Evento:

3. Descrição e Avaliação Preliminar da Exposição (de acordo com o item 3 - Anexo 1 da NR-9):
4. Observações

(marca, tipo, modelo, identificação, condições do equipamento, peças manipuladas,...)

5. Reclamações Específicas

(dores, amortecimento, sintomas em geral ligados à saúde...)

6. Medidas de Controle Existentes
 Rodízio de pessoal Revestimento emborrachado Luvas anti-vibração Pausas naturais Excesso de força na pega
7. Fonte Geradora
8. Equipamento de Medição

Marca:

Modelo:

Nº de Série:

9. Validações

Assinatura do Empregado Monitorado

Assinatura do Gestor

Assinatura do Avaliador

GHE:	Número de Controle:					
PLANILHA DE CAMPO - RADIAÇÃO NÃO IONIZANTE						
1. Identificação						
Empresa:						
Nome do Empregado:		Matrícula:				
Cargo/Função:						
Localização:						
2. Avaliação Quantitativa						
Formas de Transmissão: (<input type="checkbox"/>) Ultravioleta (<input type="checkbox"/>) Laser (<input type="checkbox"/>) Ultrasom (<input type="checkbox"/>) Visível (<input type="checkbox"/>) Microondas (<input type="checkbox"/>) Infravermelha - IF (<input type="checkbox"/>) Radio Frequência (<input type="checkbox"/>) Outras						
Data:						
Fontes de transmissão:						
(<input type="checkbox"/>) UV-A (radiação solar) (<input type="checkbox"/>) Soldagem Elétrica (<input type="checkbox"/>) Lâmpada de vapor de sódio (<input type="checkbox"/>) Lâmpadas fluorescentes (<input type="checkbox"/>) Solda de Plasma (<input type="checkbox"/>) Forno de fundição (<input type="checkbox"/>) Lâmpadas incandescentes (<input type="checkbox"/>) Corpos Incandescentes (<input type="checkbox"/>) Superfícies Quente (<input type="checkbox"/>) Ensaios de Materiais (<input type="checkbox"/>) Equipamento de medicina (<input type="checkbox"/>) Forno de Indução (<input type="checkbox"/>) Forno de Aquecimento (<input type="checkbox"/>) Aparelho de Radio Frequência (<input type="checkbox"/>) Outros: _____						
Tempo de Exposição Estimado:	horas					
Atividade Realizada:						
Medidas de Controle Existentes (EPI e EPC):						
3. Resultados Obtidos						
Amostra N.º	Local / Máquina	Unidade de medição	Distância da Fonte Geradora	Mínimo	Máximo	Média
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
4. Validações						
Assinatura do Empregado Monitorado	Assinatura do Gestor	Assinatura do Avaliador				