

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

Marca:

Modelo:

N. de Série:

Níveis de Referência

94 dB

110 dB

114 dB

Calibração Inicial:

Calibração Final:

**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



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:

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 (%):

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

**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 esteiras

Piso: ☐ adequado

☐ inadequado

☐ Calibração de pneus

☐ Banco Estofado

☐ Banco com amortecedor

☐ Banco rígido

Banco: ☐ 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:** ( ) Ultravioleta ( ) Laser ( ) Ultrasom ( ) Visível ( ) Microondas  
( ) Infravermelha - IF ( ) Radio Frequência ( ) Outras

Data:

**Fontes de transmissão:**

( ) UV-A (radiação solar) ( ) Soldagem Elétrica ( ) lâmpada de vapor de sódio  
( ) Lâmpadas fluorescentes ( ) Solda de Plasma ( ) Forno de fundição  
( ) Lâmpadas incandescentes ( ) Corpos Incandescentes ( ) Superfícies Quente  
( ) Ensaios de Materiais ( ) Equipamento de medicina ( ) Forno de Indução  
( ) Forno de Aquecimento ( ) Aparelho de Radio Frequência ( ) 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