

PERMISSÃO DE TRABALHO - BY PASS CRÍTICO

ANEXO 06 - PGS-MOS-EHS-003 Rev01



Gerência: _____ Área: _____ Turno de Trabalho: _____
☐ Mosaic ☐ Contratada/Empresa: _____ Local/Equipamento (TAG): _____
 Data: ____/____/____ Hora: ____ Validade da PT: ____/____/____ Ordem de Serviço: ____
 Descrição da Atividade: _____ Ramal de Emergência: _____

Assinalar com "S" os itens atendidos, com "N" os itens não atendidos e com "NA" os itens não aplicáveis
Paralisar a atividade caso seja assinalado "N" em algum item

1. BY PASS CRÍTICO

Descreva no campo 2. RECOMENDAÇÕES ADICIONAIS as medidas de controle adotadas.

Monitorar ou acompanhar até o retorno da situação de operação normal.

Informar o Gerente da área afeada
Nome do Gerente:

Comunicar a empresa seguradora em caso de jump /jumper em equipamentos de emergência (ex.: sistemas de alarmes, rede de incêndio) e disponibilizado outros recursos em caso de emergência.

2. RECOMENDAÇÕES ADICIONAIS

3. EMITENTE DA PERMISSÃO DE TRABALHO

EMITENTE				TRANSFERÊNCIA DE EMITENTE			
Data/Hora	Nome	Matrícula	Assinatura	Data/Hora	Nome	Matrícula	Assinatura

4. SOLICITANTE DA PERMISSÃO DE TRABALHO

Nome	Matrícula	Cargo/Função:	Assinatura:

5. APROVAÇÃO E LIBERAÇÃO

APROVAÇÃO			LIBERAÇÃO		
Nome/Assinatura	Matrícula	Cargo/Função	Nome	Cargo/Função	Data/Hora

6. EXECUTANTES DA ATIVIDADE

Nome/Assinatura	Matrícula	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída	Nome/Assinatura	Matrícula	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída

7. ENCERRAMENTO DO SERVIÇO

CANCELAMENTO? ☐ SIM ☐ NÃO Motivo: _____
 O local está limpo e organizado? ☐ SIM ☐ NÃO O bloqueio foram removidos? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ NA
 Todas as proteções foram reinstaladas corretamente? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ NA As passarelas e meios de acesso estão livres e seguros? ☐ SIM ☐ NÃO
 Os riscos de sobrecarga e queda de objetos estão controlados? ☐ SIM ☐ NÃO

Nome	Matrícula	Área/Setor	Data	Hora	Assinatura:

