

PERMISSÃO DE TRABALHO - BY PASS CRÍTICO

ANEXO 06 - REV 02 - PGS-MOS-EHS-003



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 equipamento emergência (ex.: sistemas de alarmes, rede de incêndio) e disponibilizado 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

6. EXECUTANTES DA ATIVIDADE

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

7. ENCERRAMENTO DO SERVIÇO

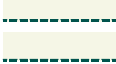
Cancelamento? SIM NÃO Motivo: _____

O local está limpo e organizado? SIM NÃO O bloqueios 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 NA

Os riscos de sobrecarga e queda de objetos estão controlados? SIM NÃO NA

Nome	Matrícula	Área/Setor	Data	Hora	Assinatura:



ntos de
outros



a



a/Hora



Data/Hora

Saída



NÃO

