



# PERMISSÃO PARA TRABALHO A QUENTE

FMG 6020-00985 – Rev 6.0 – Formulário do PR 6020-00098

000000

**UMA EMERGÊNCIA, ABANDONO DE ÁREA OU MUDANÇA NAS CONDIÇÕES DE TRABALHO QUE REQUIRA ALTERAÇÃO DAS MEDIDAS DE CONTROLE SUSPENDE ESTA PERMISSÃO. Se Suspensa, a PT precisa ser revalidada.**

1. PLANTA/ÁREA	2. DATA E HORA DA EMISSÃO ____/____/____ às ____:____	3. EMPRESA/ÁREA GESTORA	4. TURNO E GRUPO
----------------	--	-------------------------	------------------

5. TAG	6. ORDEM ou PJ
--------	----------------

7. DESCRIÇÃO DETALHADA DO SERVIÇO / LOCAL DO SERVIÇO / FERRAMENTAS QUE SERÃO UTILIZADAS

---



---



---

### 8. O ESCOPO DO TRABALHO INCLUI O SEGUINTE:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abertura de Equipamentos e Linhas | <input type="checkbox"/> Bloqueio De Energia N° de Controle de Energia Perigosa: _____ | <input type="checkbox"/> Nitrogênio e Gases Asfíxiantes |
| <input type="checkbox"/> Trabalho com Radiação Ionizante   | <input type="checkbox"/> Escavação   | <input type="checkbox"/> Movimentação de Carga          |
| <input type="checkbox"/> Trabalho em Altura                | <input type="checkbox"/> Trabalho em Equipamentos Energizados                          | <input type="checkbox"/> Outros: _____                  |
| <input type="checkbox"/> Espaço Confinado                  | <input type="checkbox"/> Hidrojamento  |   |

9. CONTROLE DE ENERGIAS PERIGOSAS	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N/A	9. CONTROLE DE ENERGIAS PERIGOSAS	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> N/A
Foram identificadas as energias perigosas que os executantes possam ficar expostos durante a intervenção?					Equipamento, linha ou sistema purgado com N2?				
Foram Identificados os DIES para efetuar o Bloqueio das Energias Perigosas?					Equipamento, linha ou sistema com temperatura acima de 0°C e abaixo de 60°C?				
Foram manobrados ou acionados os DIES (válvulas, interruptores, disjuntores, etc.) ?					As linhas foram flangeadas raqueteadas, desconectadas ou dupla válvula e dreno?				
Foram bloqueados os DIES (Trava de segurança, cadeado azul e etiqueta)?					Foi realizado o teste de Energia Zero?				
Equipamento, linha ou sistema despressurizado, purgado, drenado e isento de fluídos?					Cada executante colocou o seu cadeado no bloqueio ou na caixa?				
Equipamento, linha ou sistema lavado e/ou vaporizado (steam out / steam in)?					Se foi usado caixa do LOTO, qual o número dela? N°				

### 10. ANÁLISE DE RISCO E MEDIDAS DE CONTROLE

Ruído <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Proteção auricular simples <input type="checkbox"/> Proteção auricular dupla <input type="checkbox"/> Tempo Limitado: _____ Outra: _____	Umidade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Bota de borracha <input type="checkbox"/> Roupa Impermeável Outra: _____	Vibração <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Luva contra vibração <input type="checkbox"/> Revezamento de pessoas <input type="checkbox"/> Limitação de tempo de exposição Outra: _____
Radiações Ionizantes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Isolamento de área <input type="checkbox"/> Biombos ou cortinas TLD <input type="checkbox"/> Dosímetro digital <input type="checkbox"/> Fontes fechadas, etiquetadas Outra: _____	Radiações não-Ionizantes (radiação solar, uso de Maçarico) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Biombos ou cortinas <input type="checkbox"/> EPIs para soldador <input type="checkbox"/> Cabana <input type="checkbox"/> Protetor Solar Outra: _____	Calor <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Hidratação <input type="checkbox"/> Climatização artificial <input type="checkbox"/> Ventilar ambiente <input type="checkbox"/> Pausas para descanso Frequência: _____ Duração: _____ Outra: _____
Queda de mesmo nível <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Piso limpo e sem obstáculos <input type="checkbox"/> Cobrir canaleta <input type="checkbox"/> Instalação de guarda corpo <input type="checkbox"/> Instalação de tablado Outra: _____	Queda de nível diferente <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Seção 14 (Trabalho em altura)	Exposição a vapor <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Roupa Termoisolante <input type="checkbox"/> Isolamento da área <input type="checkbox"/> Rota de fuga definida Outra: _____
Uso de ferramentas manuais e equipamentos portáteis <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Usar Ferramenta/equipamento adequada para a atividade <input type="checkbox"/> Ferramenta/equipamento em boas condições de uso Outras: _____ <input type="checkbox"/> Ferramentas amarradas/fixas; <input type="checkbox"/> Utilização de bolsas/sacolas transporte.	Queda de Material <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Instalar coletores para acomodar parafusos e pequenas peças <input type="checkbox"/> Amarrar ferramentas <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Bota com Biqueira <input type="checkbox"/> Isolam. do raio de queda Outra: _____	Outros: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Luva anticorte <input type="checkbox"/> Óculos de proteção química <input type="checkbox"/> Óculos de proteção contra impacto <input type="checkbox"/> Instalação de sinalização Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Equipamento de comunicação <input type="checkbox"/> Iluminação adicional <input type="checkbox"/> Efetuar aterramento Outra: _____
Geração de Resíduos, Efluentes ou Emissões <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Instalar proteção de caixa de drenagem <input type="checkbox"/> Instalar coletores <input type="checkbox"/> Descarte de resíduos definido Outra: _____	Exposição a partes elétricas energizadas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Luva Isolante <input type="checkbox"/> Vestimenta de Elétrica <input type="checkbox"/> Tapete de borracha <input type="checkbox"/> Vara para Manobra <input type="checkbox"/> Bota Dielétrica <input type="checkbox"/> Observador Outra: _____	Contato com superfícies quentes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Isolamento com barreira física <input type="checkbox"/> Manta Isolante Luva. Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Uniforme básico Outra: _____
Exposição a agentes químicos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____	<input type="checkbox"/> Exaustão <input type="checkbox"/> Máscara contra poeira <input type="checkbox"/> Máscara semifacial <input type="checkbox"/> Máscara facial completa Filtro: _____	<input type="checkbox"/> Suprimento de ar mandado <input type="checkbox"/> Cilindro de ar autônomo <input type="checkbox"/> Óculos de proteção química Luva tipo: _____ <input type="checkbox"/> Roupa de proteção química Tipo: _____	<input type="checkbox"/> Conjunto de EPIs para material pirofórico <input type="checkbox"/> Proteção facial <input type="checkbox"/> Calçado tipo: _____ <input type="checkbox"/> Capuz Outra: _____		

Alguns EPIs poderão ser removido durante a execução da atividade?  Sim EPIs: \_\_\_\_\_  Não  
Quando pode ser removido: \_\_\_\_\_

### 11. LISTAS DE VERIFICAÇÃO E OUTROS DOCUMENTOS ASSOCIADOS N/A

AST n°: _____	<input type="checkbox"/> Plano de Resgate	<input type="checkbox"/> Checklist de Atividade Crítica:
IT n°: _____	<input type="checkbox"/> Plano de Trabalho de Acesso por Cordas	
Plano de Radioproteção	<input type="checkbox"/> Análise de Risco Específica (APPS ou outras)	
	<input type="checkbox"/> Plano de Rigging	
	Outros: _____	

### 12. MONITORAMENTO AMBIENTAL N/A

Oxigênio	<input type="checkbox"/> N/A	Calor (IBUTG)	<input type="checkbox"/> N/A	Explosividade	<input type="checkbox"/> N/A	Ruído dB (A)	<input type="checkbox"/> N/A	Toxicidade	<input type="checkbox"/> N/A	Radiação	<input type="checkbox"/> N/A
----------	------------------------------	---------------	------------------------------	---------------	------------------------------	--------------	------------------------------	------------	------------------------------	----------	------------------------------

_____ % às _____ : h	_____ às _____ : h	_____ % às _____ : h	_____ às _____ : h	_____ ppm às _____ : h	_____ mSv às _____ : h
_____ % às _____ : h	_____ às _____ : h	_____ % às _____ : h	_____ às _____ : h	_____ ppm às _____ : h	_____ mSv às _____ : h
_____ % às _____ : h	_____ às _____ : h	_____ % às _____ : h	_____ às _____ : h	_____ ppm às _____ : h	_____ mSv às _____ : h
_____ % às _____ : h	_____ às _____ : h	_____ % às _____ : h	_____ às _____ : h	_____ ppm às _____ : h	_____ mSv às _____ : h

Responsável pela avaliação da atmosfera (Preencher caso o responsável pela avaliação seja diferente do emiteente da PT) Produto: \_\_\_\_\_  
 LT: \_\_\_\_\_ ppm

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Matrícula: \_\_\_\_\_ TAG Equipamento: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
 Área/Empresa: \_\_\_\_\_ Área/Empresa: \_\_\_\_\_ TAG Equipamento: \_\_\_\_\_

ou  
 nº dosímetro digital: \_\_\_\_\_  
 Valor inicial: \_\_\_\_\_ mSv  
 Valor final: \_\_\_\_\_ mSv

### 13. TRABALHO A QUENTE

Classificação da Área:  Inflamável  Combustível  Isenta

Tipo de Trabalho a Quente:  Baixa Energia  Alta Energia (chama aberta ou fagulhas)

Monitoração de Atmosfera Inflamável:  Contínua  Inicial Somente  Periódica Frequência: \_\_\_\_\_  Não aplicável

Manter a Área Molhada:  Sim  Não aplicável

Usar Equipamento Intrinsecamente seguro à Prova de Explosão  Sim  Não aplicável

Usar Extintor:  Sim Tipo: \_\_\_\_\_  Não aplicável

Cobrir Canaletas:  Sim Raio: \_\_\_\_\_  Não aplicável

Proteção contra Fagulhas:  Anteparos  Neblina D'água  Manta Antichama/Cabana  Não aplicável

Vigia de Trabalho à Quente:  Sim Nome: \_\_\_\_\_  Não aplicável

Sistemas Fixos de Combate a Incêndio:  Operacional  Sistema Alternativo Implantado  Não aplicável

Raio de Isolamento de 11m:  Sim  Não aplicável

### 14. TRABALHO EM ALTURA (Acima de 1,8m)

Todos os EPI e acessórios (cinto, talabarte, trava queda, absorvedor e outros) que serão usados para proteção contra quedas são adequados, foram inspecionados e estão integros?  Sim  Não aplicável

O Ponto de Ancoragem para o serviço e resgate foi avaliado por profissional habilitado?  Sim  Não aplicável

### 15. OUTRAS MEDIDAS

Todas as pessoas trabalhando nessa PT tem as capacitações e habilitações necessárias?  Sim  Não aplicável

As rotas de fuga, alarmes e a localização dos equipamentos de emergência foram revisadas com os executantes?  Sim  Não aplicável

O escopo e limites de qualquer outro serviço na área que possa impactar essa PT foi verificado e entendido?  Sim  Não aplicável

Outros trabalhadores que possam ser impactados por essa PT foram notificados?  Sim  Não aplicável

As condições em que o serviço deve ser interrompido foram comunicadas aos executantes?  Sim  Não aplicável

Foi orientado ao executante(s) quanto ao escopo da liberação do serviço (onde começa e onde termina)?  Sim  Não aplicável

Outros: \_\_\_\_\_

### 16. DECLARAÇÃO DOS EMITENTES

Declaramos que o(s) riscos do(s) trabalho(s) descrito(s) acima foram analisados e controlados e estamos cientes e de pleno acordo com as condições estabelecidas para sua liberação, execução e acompanhamento.

EMITENTE DONO DA ÁREA ou AUTORIZADO	EMITENTE EXECUTANTE	NOME/EMPRESA	ASSINATURA	MATRÍCULA
NOME _____ ASSINATURA _____ MATRÍCULA _____ DATA ____/____/____ HORA ____:____	ESPECIALIDADE: _____	NOME/EMPRESA _____	ASSINATURA _____	MATRÍCULA _____
ÁREA AFETADA _____	EMITENTE EXECUTANTE _____ ESPECIALIDADE: _____	NOME/EMPRESA _____	ASSINATURA _____	MATRÍCULA _____
NOME _____ ASSINATURA _____ MATRÍCULA _____ DATA ____/____/____ HORA ____:____	EMITENTE EXECUTANTE _____ ESPECIALIDADE: _____	NOME/EMPRESA _____	ASSINATURA _____	MATRÍCULA _____

### 17. ESPECIALISTAS ENVOLVIDOS NA LIBERAÇÃO

ESPECIALIDADE:	ESPECIALIDADE:
NOME _____ ASSINATURA _____ MATRÍCULA _____	NOME _____ ASSINATURA _____ MATRÍCULA _____

### 18. A PT está sendo mantida em aberto para revalidação?

SIM  NÃO

Horário de término da jornada: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

EMITENTE DONO DA ÁREA	NOME	ASSINATURA	MATRÍCULA
EMITENTE EXECUTANTE	NOME	ASSINATURA	MATRÍCULA

### 19. REVALIDAÇÃO DA PERMISSÃO DE TRABALHO

Início do Serviço				Verificações			Término da Jornada	
Data: _____ / _____ / _____ às _____ : _____	Emiteente (dono da área ou autorizado) Nome (letra de forma) Assinatura/Matrícula	Emiteente executante Nome (letra de forma) Assinatura/Matrícula	Especialista ou área afetada (opcional) Nome (letra de forma) Assinatura/Matrícula	O2 (%)	LEL (%)	Outros	Emiteente executante Hora: _____ : _____ Nome / Ass. Dono de Área	Nome / Ass. Emiteente Executante

### 20. ENCERRAMENTO DA PT

	S	N	N/A		S	N	N/A
O serviço foi concluído?				Realizada limpeza e arrumação da área?			
Recolhidas ferramentas manuais e equipamentos portáteis?				Recolocados parafusos com porcas alinhadas?			
Integridade dos isolamentos térmicos?				Painéis devidamente fechados?			
Removidos os cadeados dos executantes?				Caps e/ou plugs recolocados?			
Caixas à prova de explosão aparafusadas?				Verificação de focos de incêndio/chamas residuais por no mínimo 60 min após encerramento de serviço de alta energia em área inflamável ou combustível?			

EMITENTE DONO DA ÁREA ou AUTORIZADO	EMITENTE EXECUTANTE	NOME/EMPRESA	ASSINATURA	MATRÍCULA
NOME _____ ASSINATURA _____ MATRÍCULA _____ DATA ____/____/____ HORA ____:____	ESPECIALIDADE: _____	NOME/EMPRESA _____	ASSINATURA _____	MATRÍCULA _____
ÁREA AFETADA _____	EMITENTE EXECUTANTE _____ ESPECIALIDADE: _____	NOME/EMPRESA _____	ASSINATURA _____	MATRÍCULA _____
NOME _____ ASSINATURA _____ MATRÍCULA _____ DATA ____/____/____ HORA ____:____	EMITENTE EXECUTANTE _____ ESPECIALIDADE: _____	NOME/EMPRESA _____	ASSINATURA _____	MATRÍCULA _____

### 21. OBSERVAÇÕES

### 22. NOMES DOS EXECUTANTES ENVOLVIDOS NO SERVIÇO

Declaramos que o(s) riscos do(s) trabalho(s) descrito(s) acima foram analisados e controlados e estamos cientes e de pleno acordo com as condições estabelecidas para sua liberação, execução e acompanhamento.

ITEM	NOME	FUNÇÃO	EMPRESA	ASSINATURA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Revisado por	Número da Revisão	Motivo da Revisão	Data
Lucy Helena	1.0	Emissão inicial - documento novo	12/01/2015
Lucy Helena	2.0	Mudança de centro gestor (UNIB 1 para Braskem)	30/01/2015
Lucy Helena	3.0	Revisão alinhada com versão 3 do PR 6020-00098	12/10/2015
Lucy Helena	4.0	Revisado pelo GT de PT conforme análise crítica de 2016 – alinhado com versão 4 do PR 6020-00098 Revisado em atendimento a Interpretação Técnica INT_052_Personal Safety_Fire Watch_rev02_PT – Atendimento a recomendação da Seguradora	02/03/2017
Thaís Cantelli	5.0	Alterado tempo de verificação de focos de incêndio/chamas residuais para 60 minutos após encerramento da PT (era 30 minutos).	30/09/2022

\*Prazo de implementação de 12 meses a contar da sua data de publicação

**Rita de Cássia Volponi Carvalho**  
**SSMA & Excelência Industrial**