



# MANUAL

## DIRETRIZES PARA MOBILIZAÇÃO NO PORTAL

Segurança do trabalho, Medicina Ocupacional e  
Ambientação



**Almeida e Neves**

Soluções em SSO



Revisão 01 – 18/09/2024

|                                                                                                                                                |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| • OBJETIVO .....                                                                                                                               | 01 |
| • MODULOS ANALISADOS .....                                                                                                                     | 01 |
| • DOCUMENTOS ANALISADOS .....                                                                                                                  | 01 |
| • PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RISCOS (PGR) .....                                                                                              | 02 |
| • OBSERVAÇÕES SOBRE O PGR .....                                                                                                                | 03 |
| • CONSIDERAÇÕES NR 01 E PGR .....                                                                                                              | 03 |
| • CHECKLIST PGR PONTOS DE ATENÇÃO .....                                                                                                        | 04 |
| • PPR —PROGRAMA DE PROTEÇÃO RESPIRATORIA .....                                                                                                 | 10 |
| • CHECKLIST PPR .....                                                                                                                          | 11 |
| • PCMSO —PROGRAMA DE CONTROLE MEDICO DE SAUDE OCUPACIONAL .....                                                                                | 12 |
| • CHECKLIST PCMSO .....                                                                                                                        | 13 |
| • PCA —PROGRAMA DE CONSERVAÇÃO AUDITIVA .....                                                                                                  | 15 |
| • CHECKLIST PCA .....                                                                                                                          | 16 |
| • FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO - FIT .....                                                                                               | 17 |
| MODULO FISCAL DE CONTRATO .....                                                                                                                | 17 |
| CONTRATO DE TRABALHO E FICHA DE REGISTRO DE EMPREGADO .....                                                                                    | 18 |
| CTPS E COMPROVANTE DE EXPERIENCIA .....                                                                                                        | 19 |
| ◦ DOCUMENTOS PESSOAIS .....                                                                                                                    | 20 |
| ◦ ESCOLARIDADE .....                                                                                                                           | 20 |
| ◦ CURSO DE OPERADOR .....                                                                                                                      | 21 |
| TERMO DE ESTAGIO/ACORDO DE COOPERAÇÃO E TERMO DE CONFIDENCIALIDADE .....                                                                       | 21 |
| ◦ PASSAPORTE E CREDENCIAL .....                                                                                                                | 22 |
| DESIGNAÇÃO PARA SOLICITANTE DE PT .....                                                                                                        | 23 |
| PROCEDIMENTO FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DE RISCOS DE EHS .....                                                                                   | 24 |
| FOTO .....                                                                                                                                     | 25 |
| ◦ PASSAPORTE .....                                                                                                                             | 25 |
| AMBIENTAÇÃO FORNECEDOR .....                                                                                                                   | 27 |
| AGENDAMENTO INTEGRAÇÃO .....                                                                                                                   | 28 |
| MODULO SEGURANÇA DO TRABALHO .....                                                                                                             | 29 |
| PRAZOS PARA AVALIAÇÕES .....                                                                                                                   | 29 |
| DOCUMENTOS OBRIGATORIOS TREINAMENTOS .....                                                                                                     | 30 |
| ◦ DOCUMENTOS OBRIGATORIOS - TREINAMENTO NR 06 - EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL .....                                                      | 32 |
| DOCUMENTOS OBRIGATORIOS - TREINAMENTO NR 18 —TREINAMENTO BÁSICO EM CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO NA INDUSTRIA DA CONSTRUÇÃO ..... | 32 |
| DOCUMENTOS OBRIGATORIOS - TREINAMENTO REGRAS PELA VIDA GRADES E PISOS .....                                                                    | 33 |
| DOCUMENTOS OBRIGATORIOS ORDEM DE SERVIÇO .....                                                                                                 | 33 |
| DOCUMENTOS OBRIGATORIOS - FICHA DE EPI .....                                                                                                   | 37 |
| CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES .....                                                                                                                | 38 |
| EVIDENCIAS OBRIGATORIAS .....                                                                                                                  | 39 |
| EVIDENCIAS OBRIGATORIAS - CERTIFICADOS E LISTAS DE PRESENÇA E AVALIAÇÕES .....                                                                 | 41 |
| MODULO MEDICINA OCUPACIONAL .....                                                                                                              | 42 |
| ◦ MATRIZ DE EXAMES REGRAS PELA VIDA .....                                                                                                      | 43 |
| ATESTADO MEDICO DE LIBERAÇÃO REGRAS PELA VIDA .....                                                                                            | 44 |
| FLUXOGRAMA PORTAL DE MOBILIZAÇÃO .....                                                                                                         | 45 |
| SITE ALMEIDA E NEVES .....                                                                                                                     | 46 |
| EMPRESA RESPONSÁVEL PELAS AVALIAÇÕES .....                                                                                                     | 47 |



## OBJETIVO



Apresentar e promover entre gestores, fiscais de contrato, prepostos e lideranças o alinhamento sobre as diretrizes do **PORTAL DE MOBILIZAÇÃO**.

## MÓDULOS ANALISADOS

- Segurança do trabalho;
- Medicina Ocupacional;
- Ambientação.

## DOCUMENTOS ANALISADOS

- Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR);
- Programa de proteção respiratória (PPR);
- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO);
- Programa de Conservação Auditiva (PCA);
- Registros das capacitações definidas pelo Guia de Capacitação;
- Registros que evidenciem a formação obrigatória e exigida conforme legislações. (Exemplo: Eletricistas, eletrotécnicos, soldadores, etc.).

# PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RISCOS (PGR)

O PGR deverá ser postado no ID da empresa no portal de mobilização na aba de **SEGURANÇA DO TRABALHO** no campo destinado ao documento.



Considerar o número do ID para acesso.

## CONTATOS

Núcleo de mobilização



**OBSERVAÇÃO:** Os documentos relativos à Medicina Ocupacional devem ser anexados na aba de **MEDICINA OCUPACIONAL**.



# OBSERVAÇÕES SOBRE O PGR



## IMPORTANTE

- Próximo ao final da vigência do PGR um novo documento vigente deverá ser inserido, evitando-se assim o bloqueio automático pelo sistema;
- O PGR é um documento OBRIGATÓRIO legal. De acordo com a NR 01 todas as empresas devem apresentá-lo;
- **Disponibilização do procedimento e do Checklist para as empresas contratadas;**
- O PGR deve ser o documento de referência para elaboração dos demais programas como PCMSO, PPR, PCA, AET, LTCAT/RTA, etc.);
- O PGR deve ser elaborado por contrato de acordo com a unidade e com o escopo do contrato;
- O PGR deve ser elaborado atendendo todas as diretrizes da NR 01 e também ao check list.

### **Observação:**

**Caso a contratada não tenha recebido o modelo padrão corporativo de PGR, gentileza contatar a equipe do núcleo de mobilização.**

## CONSIDERAÇÕES NR 01 E PGR

- As empresas devem manter o padrão corporativo implementado pela Mosaic para elaboração do PGR conforme a atividade da unidade de atendimento seguindo as diretrizes da NR 01.
- Em casos onde o PGR for reprovado por mais de 3 vezes será necessário uma reunião juntamente com a contratada, responsável pela elaboração do documento, equipe de avaliação do portal e fiscal de contrato para alinhamentos.
  - A equipe avaliadora será responsável pela checagem de:
    - Atividades Executadas;
    - Escopo de Contrato;
    - Riscos/Perigos dos inventários;
    - Relação de EPI's mapeados;
    - Levantamento e descrição das funções;
    - Levantamento dos riscos gerados pela atividade da empresa;
    - Caracterização do GHE, etc.
- O Checklist deverá ser preenchido pela CONTRATADA no intuito de averiguação aos requisitos Mosaic.

## Inventário de Riscos de acordo com a NR 01 deve contemplar:

a) caracterização dos processos e ambientes de trabalho;  
b) caracterização das atividades;  
c) descrição de perigos e de possíveis lesões ou agravos à saúde dos trabalhadores, com a identificação das fontes ou circunstâncias, descrição de riscos gerados pelos perigos, com a indicação dos grupos de trabalhadores sujeitos a esses riscos e descrição de medidas de prevenção implementadas;  
d) dados da análise preliminar ou do monitoramento das exposições a agentes físicos,

químicos e biológicos e os resultados da avaliação de ergonomia nos termos da NR-17;  
e) avaliação dos riscos, incluindo a classificação para fins de elaboração do plano de ação.

**Nota:** A APR-HO não é reconhecida como inventário. Para o inventário de riscos não foi implementado um modelo padrão corporativo podendo ser utilizado o modelo da contratada desde que contenha a descrição dos itens de acordo com a NR 01.



## CHECKLIST PGR PONTOS DE ATENÇÃO

É de suma importância que os itens estabelecidos no checklist padrão Mosaic sejam verificados antes da postagem dos arquivos no portal!

As evidências de atendimento aos requisitos estabelecidos são necessárias para a aprovação do PGR.

Itens do checklist não atendidos acarretarão a não aprovação do documento e a solicitação de revisão.





# CHECKLIST PGR

## PONTOS DE ATENÇÃO

- Devem ser inseridos os dados da contratada (fornecedor) e contratante (Mosaic);
- Caso tenha sub contratação, a sub contratada deverá apresentar programa inserindo seus dados e acrescentando os da Mosaic e Fornecedor;
- Grau de Risco: do local da obra/serviços. Para atendimentos a indústria considerar o **Grau de risco 3.**
- Atentar para nº do CNPJ
- correto da Mosaic onde será
- Executado os serviços.

**Observação: Informar o grau de risco da empresa levando em consideração o atendimento ao grau de risco da MOSAIC.**

| LISTA DE VERIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RISCOS – PGR |                                                            |                     |                  |              |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|--------------|
| CONTRATADA:                                                       |                                                            |                     | Data:            |              |
| ITENS                                                             | REQUISITOS                                                 | STATUS DE ADEQUAÇÃO |                  | OBSERVAÇÕES: |
|                                                                   |                                                            | Validação           |                  |              |
| DADOS DA EMPRESA                                                  |                                                            |                     |                  |              |
| 1                                                                 | Descreve o nome da empresa?                                | (   ) Atende        | (   ) Não Atende |              |
| 2                                                                 | Descreve endereço da empresa?                              | (   ) Atende        | (   ) Não Atende |              |
| 3                                                                 | Descreve telefone/Fax da empresa ?                         | (   ) Atende        | (   ) Não Atende |              |
| 4                                                                 | Descreve e-mail da empresa ?                               | (   ) Atende        | (   ) Não Atende |              |
| 5                                                                 | Informa o número e a descrição do CNAE da empresa?         | (   ) Atende        | (   ) Não Atende |              |
| 6                                                                 | Descreve o CNPJ?                                           | (   ) Atende        | (   ) Não Atende |              |
| 7                                                                 | Descreve a inscrição Estadual?                             | (   ) Atende        | (   ) Não Atende |              |
| 8                                                                 | Descreve o grau de risco da Contratada e o da Contratante? | (   ) Atende        | (   ) Não Atende |              |

| DADOS DO CONTRATO |                                                                       |            |                |  |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------|----------------|--|
| 9                 | Informa número do contrato?                                           | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 10                | Descreve o processo e atividade?                                      | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 11                | Informa a data do início e término do contrato?                       | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 12                | Informa o nome do gestor/fiscal do contrato Mosaic?                   | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 13                | Descreve numero total de empregados alocados no contrato?             | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 14                | Descreve o horário da jornada de trabalho praticada por cargo/função? | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |

- Os profissionais responsáveis da Mosaic para acompanhar o contrato recebem a denominação de GESTOR e FISCAL, já o da contratada recebe denominação de PREPOSTO;
  - Atentar para dados atualizados dos gestores e fiscais, há possibilidade de mudança de
- quadro ou nomeação de novos gestores e fiscais;

  - Os dados de contrato (número, vigência, gestores etc.) são enviados para o fornecedor, logo após assinatura do contrato e podem ser solicitados com o preposto, gestão da empresa e/ou fiscal.

| CONFIGURAÇÃO |                                                                                                                                                        |            |                |  |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|--|
| 15           | Possui data de elaboração do documento e período de vigência?                                                                                          | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 16           | Possui assinatura do profissional habilitado responsável pela elaboração, implementação e possui data de elaboração? (eletronica com rastreabilidade?) | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 17           | Possui rubrica do SESMT da Contratada? (apenas para PGR de empresas Subcontratadas)                                                                    | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 18           | O documento e seus anexos estão formato PDF?                                                                                                           | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |

- Data de vigência do PGR deve ser a mesma que consta na ART (ou vice versa);
  - Atentar para necessidade de Rubrica do profissional habilitado (RT Eng. de Segurança) em todas as páginas do PGR e anexos. No caso de sub contratada o
- representante da contratada deverá inserir rubrica no PGR e anexos da subcontratada;

  - O PGR deverá ser assinado no campo de disposições finais pelo Eng. de Segurança Responsável, Coordenador do PGR e representante / designado da CIPA;



| CONFIGURAÇÃO |                                                                                                                                                        |            |                |  |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|--|
| 15           | Possui data de elaboração do documento e período de vigência?                                                                                          | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 16           | Possui assinatura do profissional habilitado responsável pela elaboração, implementação e possui data de elaboração? (eletrônica com rastreabilidade?) | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 17           | Possui rubrica do SESMT da Contratada? (apenas para PGR de empresas Subcontratadas)                                                                    | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 18           | O documento e seus anexos estão formato PDF?                                                                                                           | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |

**Observações:**

- A assinatura do representante / designado da CIPA é obrigatória somente quando a empresa possuir um representante.
- Assinatura eletrônica só será válida, utilizando sistemas reconhecidos legalmente como DocuSign, Clicksign, gov.br, Adobesign etc;
- Imagens incluídas diretamente no arquivo, sem uso de ferramentas que permitam rastreabilidade não serão aceitas.

|    | HIGIENE OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|
| 19 | Possui planilha dos Resultados das Avaliações Quantitativas da Exposição aos Riscos Ambientais (obrigatório o preenchimento quando for revisão do PGR)                                                                                                                                                                                                                                                                          | ( ) Atende | ( ) Não Atende |
| 20 | Possui Lista de EPI por GHE<br>Observar se os EPIs específicos para os riscos estão contemplados (exemplo: uniformes de elétrica, máscara de soldador, respirador para fumos metálicos, luvas com certificação para serviço a quentes, etc.).                                                                                                                                                                                   | ( ) Atende | ( ) Não Atende |
| 21 | Possui - CRONOGRAMA ANUAL DE ATIVIDADES<br>* Para contratos que os empregados ficam fixo dentro da unidade e vigência superior a 6 meses devem constar o planejamento das execuções das ações referente a requisitos legais e seguir o padrão Mosaic quando aplicável. 30 dias após a mobilização.<br>* Para contrato inferior a 6 meses a empresa deve manter os atendimentos a requisitos legais utilizando o próprio modelo. | ( ) Atende | ( ) Não Atende |

**Devem ser inseridos os seguintes anexos – padrão Mosaic:**

- Anexo I – Inventário de Riscos Ocupacionais
- Anexo II – Resultado das Avaliações Quantitativas das Exposições aos Riscos Ambientais
- Anexo III – Relatório de Análise Crítica do PGR.
- Anexo IV – Definição de EPI por Função
- Anexo V – Anotação de Responsabilidade Técnica (ART)
- Anexo VI – APR-HO



| PGR NR1 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                |  |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|--|
| 22      | Possui os cenários de emergência da unidade?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 23      | Possui a metodologia para classificação de risco determinado pela combinação da severidade das possíveis lesões ou agravos à saúde com a probabilidade ou chance de sua ocorrência (físicos, químicos, biológico, ergonômicos e acidentes)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 24      | O PGR contempla a metodologia de atualização a cada dois anos ou quando da ocorrência de acidentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 25      | A empresa que possui certificado em sistema de gestão de SST, se sim anexar o certificado válido.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 26      | O inventário de risco foi elaborado contemplando os riscos físicos, químicos, biológico, ergonômicos e acidentes?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 27      | O inventário de risco foi elaborado em conjunto com a equipe elaboradora do PCMSO (anexar evidência - pode ser assinatura do representante da equipe no inventário, email enviado para o elaborador do PCMSO).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 28      | O Inventário de Riscos Ocupacionais contempla:<br>a) caracterização dos processos e ambientes de trabalho<br>b) caracterização das atividades;<br>c) descrição de perigos e de possíveis lesões ou agravos à saúde dos trabalhadores, com a identificação das fontes ou circunstâncias, descrição de riscos gerados pelos perigos, com a indicação dos grupos de trabalhadores sujeitos a esses riscos, e descrição de medidas de prevenção implementadas<br>d) dados da análise preliminar ou do monitoramento das exposições a agentes físicos, químicos e biológicos e os resultados da avaliação de ergonomia nos termos da NR-17.<br>e) avaliação dos riscos, incluindo a classificação para fins de elaboração do plano de ação | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 29      | CONTROLE DE REVISÃO (contempla o motivo da revisão)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 30      | Foi realizado a análise crítica/análise global/relatório anual referente ao PGR anterior?<br>* Para contratos que os empregados ficam fixo dentro da unidade e vigência superior a 6 meses devem constar a análise global constando as ações executadas e não executadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 31      | Possui ART-Anotação de Responsabilidade Técnica - CREA?<br>Quando o PGR for emitido por profissional médico e técnico em segurança do trabalho não há necessidade de ART.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ( ) Atende | ( ) Não Atende |  |
| 32      | Outros:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                |  |

- O plano de atendimento a emergência deve possuir cenários da unidade, instruções acerca da sirene e comunicação de emergência, além das orientações do modelo padrão do PGR Mosaic.
- Cronograma/plano de ação padrão da Mosaic estabelece 18 ações que devem ser inseridas no plano de ação. Caso alguma não seja aplicável, basta identificar com NA ou não aplicável.
- No cronograma de ações deve ser considerado as Avaliações Quantitativas da Exposição aos Riscos Ambientais e Análise Ergonômica do trabalho (AET), conforme padrão da Mosaic. Caso seja contrato de curto período inserir NA. Em dúvidas, consultar equipe do núcleo de mobilização:  
[mobilizacao.parada@aensolucoesemssos.com.br](mailto:mobilizacao.parada@aensolucoesemssos.com.br)

WhatsApp: (34) 99712-5081.



- A elaboração das avaliações quantitativas de exposição ao riscos ambientais e AET devem ser coerentes com os riscos mapeados. Por exemplo, caso exista indicação no PGR de exposição a poeira com risco médio, na avaliação deverá ter o monitoramento desse agente.

**Observação:** Para contratos que os empregados ficam fixo dentro da unidade e vigência superior a 6 meses devem constar o planejamento das execuções das ações referente a requisitos legais e seguir o padrão Mosaic quando aplicável, 30 dias após a mobilização.

**Atenção:** a ação de emissão do relatório de análise crítica/global deve considerar data de 12 meses após início da vigência

## Analise Global

- Obrigatório após os 12 primeiros meses de vigência. Na análise deve constar de forma conclusiva e com dados/subsídios se o desempenho de EHS da contratada foi eficaz.

### Deverá informar:

- Dados estatísticos de % de ações dos cronogramas cumpridos;
  - Metas implementadas;
  - Indicadores de EHS (se houveram ocorrências de acidentes e doenças ocupacionais etc.);
  - Ações que não foram implementadas e justificativas.
- Reprogramação de ações para próxima vigência deverão ter consentimento do fiscal do contrato.

## PGR e NR 01

- Não há modelo definido para o inventário de riscos (Se atentarem à APR-HO, pois a mesma deve ser mantida com mapeamento dos riscos físicos, químicos e biológicos).
- No inventário deve constar os riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes.
- Evidenciar que o responsável pela equipe elaboradora do PCMSO está de acordo com os riscos levantados no PGR. Pode ser evidenciado através de ATAS de reuniões, cartas, assinatura do médico no PGR ou print de troca de e-mails.
- Deve constar no texto do PGR a necessidade de atualização a cada dois anos ou quando há ocorrência de acidentes.
- Os itens 26 a 28 da NR 01 devem ser cumpridos conforme previsto em norma.



## OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Uberaba não exerce atividades na mineração, porém existem riscos semelhantes às demais unidades, portanto, citá-los no PGR conforme todas as normas.
- O mapeamento de riscos e de EPI's devem ser coerentes com a atividade e ambiente de trabalho do colaborador.

# PPR – PROGRAMA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA

O PPR deverá ser postado no ID da empresa no portal de mobilização na aba de **SEGURANÇA DO TRABALHO** no campo destinado ao documento.

Dados Gerais    Aditamento Contratos    FIT    **Segurança do Trabalho**

**Segurança do Trabalho**

**PPR**

Anexo - PPR

Arquivos 1 arquivos

 21.99 KB  
Não se aplica.pdf

Validade PPR

05/06/2024





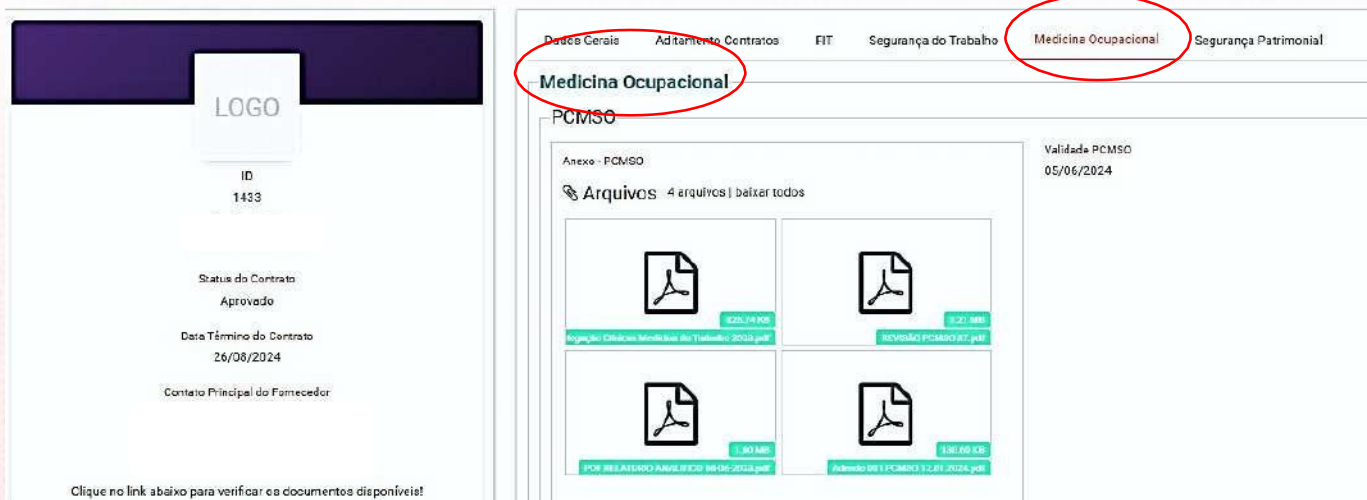
# CHECKLIST PPR

| LISTA DE VERIFICAÇÃO DO PROGRAMA DE PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA |                                                                                                                              |                     |            |              |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|--------------|
| CONTRATADA:                                               |                                                                                                                              | Data:               |            |              |
| ITENS                                                     | REQUISITOS                                                                                                                   | STATUS DE ADEQUAÇÃO |            | OBSERVAÇÕES: |
| DADOS DA EMPRESA                                          |                                                                                                                              |                     |            |              |
|                                                           |                                                                                                                              | ATENDE              | NÃO ATENDE |              |
| 1                                                         | Descreve o nome da empresa?                                                                                                  |                     |            |              |
| 2                                                         | Descreve endereço da empresa?                                                                                                |                     |            |              |
| 3                                                         | Descreve telefone/Fax da empresa ?                                                                                           |                     |            |              |
| 4                                                         | Descreve e-mail da empresa ?                                                                                                 |                     |            |              |
| 5                                                         | Informa o número e a descrição do CNAE da empresa?                                                                           |                     |            |              |
| 6                                                         | Descreve o CNPJ?                                                                                                             |                     |            |              |
| 7                                                         | Descreve a inscrição Estadual?                                                                                               |                     |            |              |
| 8                                                         | Descreve o grau de risco da Contratada e o da Contratante?                                                                   |                     |            |              |
| ESTRUTURA DO PPR                                          |                                                                                                                              |                     |            |              |
|                                                           |                                                                                                                              | ATENDE              | NÃO ATENDE |              |
| 9                                                         | Possui em todas as páginas a logomarca da empresa?                                                                           |                     |            |              |
| 10                                                        | Possui em todas as páginas o número da página e o número e número total de páginas?                                          |                     |            |              |
| 11                                                        | Possui data de elaboração do documento e período de vigência?                                                                |                     |            |              |
| 12                                                        | Possui em todas as páginas o número da revisão?                                                                              |                     |            |              |
| 13                                                        | Possui carimbo e rubrica do profissional habilitado responsável pela elaboração?                                             |                     |            |              |
| 14                                                        | Possui rubrica do SESMT da Contratada? (apenas para PPR de empresas Subcontratadas)                                          |                     |            | NA           |
| 15                                                        | O documento contém no mínimo a estrutura exigida na IN nº1 de 11/04/2013 da secretária de segurança de saúde do trabalhador. |                     |            |              |
| 16                                                        | O cronograma de ação esta contempla ações preventivas?                                                                       |                     |            |              |
| 17                                                        | Contém assinatura do responsável da Contratada pela implantação PPR?                                                         |                     |            |              |
| 18                                                        | Descreve o nome e assinatura do elaborador do programa?                                                                      |                     |            |              |
| ANEXOS                                                    |                                                                                                                              |                     |            |              |
| 19                                                        | Procedimento colocação de respirador com manutenção                                                                          |                     |            |              |
| 20                                                        | Procedimento colocação de respirador sem manutenção                                                                          |                     |            |              |
| 21                                                        | Procedimento de Ensaio de vedação.                                                                                           |                     |            |              |
| 22                                                        | Procedimento de limpeza e higienização.                                                                                      |                     |            |              |
| 23                                                        | Procedimento de Verificação de Vedação.                                                                                      |                     |            |              |
| 24                                                        | Procedimento de entrega de EPR                                                                                               |                     |            |              |
| 25                                                        | Especificação técnica de respiradores                                                                                        |                     |            |              |
| 27                                                        | Controle de Ensaio de Vedação                                                                                                |                     |            |              |
| 28                                                        | Check-list para verificação do local do ensaio de vedação                                                                    |                     |            |              |
| 29                                                        | Formulário de Ensaio de Vedação (Teste Qualitativo)                                                                          |                     |            |              |
| 31                                                        | Parecer sobre utilização da barba                                                                                            |                     |            |              |
| 32                                                        | Outros:                                                                                                                      |                     |            |              |

**Observação: documento exigido para contratos onde houver usuários de respiradores. Documento deve atender ao modelo padrão corporativo.**

# PCMSO – PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL

O PCMSO deverá ser postado no ID da empresa no portal de mobilização na aba de **MEDICINA OCUPACIONAL** no campo destinado ao documento.







# CHECKLIST PCMSO

| PADRONIZAÇÃO DE AVALIAÇÃO DE PCMSO - CONTRATADAS                                                                                                                                                                                                                     |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Empresa:                                                                                                                                                                                                                                                             |        |
| Fiscal:                                                                                                                                                                                                                                                              |        |
| Número Contrato (se houver) e Gerência:                                                                                                                                                                                                                              |        |
| Validade do documento (anual):                                                                                                                                                                                                                                       |        |
| Data da análise:                                                                                                                                                                                                                                                     |        |
| Analisador:                                                                                                                                                                                                                                                          |        |
| ITENS                                                                                                                                                                                                                                                                | STATUS |
| Contratante                                                                                                                                                                                                                                                          |        |
| Razão Social                                                                                                                                                                                                                                                         |        |
| Endereço/ Cidade/ Estado                                                                                                                                                                                                                                             |        |
| CNPJ                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |
| Inscrição estadual (se houver)                                                                                                                                                                                                                                       |        |
| Ramo de atividade                                                                                                                                                                                                                                                    |        |
| CNAE                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |
| Grau de risco da contratada                                                                                                                                                                                                                                          |        |
| Contratada                                                                                                                                                                                                                                                           |        |
| Razão Social                                                                                                                                                                                                                                                         |        |
| Endereço/ Cidade/ Estado                                                                                                                                                                                                                                             |        |
| CNPJ                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |
| Inscrição estadual (se houver)                                                                                                                                                                                                                                       |        |
| Ramo de atividade                                                                                                                                                                                                                                                    |        |
| CNAE                                                                                                                                                                                                                                                                 |        |
| Grau de risco da contratante                                                                                                                                                                                                                                         |        |
| Número do contrato (se houver)                                                                                                                                                                                                                                       |        |
| Número de trabalhadores que atuarão dentro da Mosaik                                                                                                                                                                                                                 |        |
| Nome do Gestor do contrato                                                                                                                                                                                                                                           |        |
| Telefone de Contato                                                                                                                                                                                                                                                  |        |
| Período de vigência do PCMSO                                                                                                                                                                                                                                         |        |
| Nome e CRM do médico responsável pelo PCMSO                                                                                                                                                                                                                          |        |
| Os riscos do PCMSO estão de acordo com o PGR                                                                                                                                                                                                                         |        |
| Exames ocupacionais foram realizados de acordo com o risco do PGR                                                                                                                                                                                                    |        |
| Consta sobre os exames admissionais, periódicos, retorno ao trabalho, mudança de risco e demissional                                                                                                                                                                 |        |
| Tabela contendo cargo/ função, os riscos estão de acordo com as exposições ocupacionais acima dos níveis de ação determinados na NR-09 ou quando classificação de riscos do PGR indicar, e os exames estão listados de acordo com a periodicidade do anexo I na NR7. |        |
| Consta descrição das informações sobre ocorrências ou agravamento de doença ocupacional, emissão de CAT e encaminhamento ao INSS                                                                                                                                     |        |
| Consta informações relativas a agravos a saúde e sua relação com os riscos ocupacionais ( ex: tabela contendo riscos x os agravamentos a saúde )                                                                                                                     |        |
| Consta diretrizes para emissão de notificação de agravos relacionados ao trabalho ( notificação compulsória )                                                                                                                                                        |        |

**Observação: Não há modelo padrão, documento deve atender ao checklist e a NR 07.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Consta como será realizado a vigilância passiva dos funcionários que procurarem o serviço médico da contratada (Programas de Hipertensão, Programa de Diabéticos, Mapeamento de Cids).                                                                                                            |  |
| Consta diretrizes para o encaminhamento à Previdência Social e reabilitação profissional e readaptação quando necessário.                                                                                                                                                                         |  |
| Consta diretrizes relacionadas ao esquema de vacinação recomendado pelo ministério da saúde e há evidências do controle da imunização dos funcionários (relacionada aos riscos ocupacionais).                                                                                                     |  |
| Consta sobre o cronograma anual de ações preventivas de saúde.                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| O PCMSO está assinado pelo médico responsável e pelo representante da empresa.                                                                                                                                                                                                                    |  |
| O PCMSO inclui a avaliação do estado de saúde dos empregados em atividades críticas, considerando os riscos envolvidos em cada situação e a investigação de patologias que possam impedir o exercício de tais atividades com segurança. (ex: trabalho em altura, espaço confinado, entre outras). |  |
| Consta sobre a liberação médica para Atividades Críticas contendo os exames mínimos exigidos pela Mosaic (quando aplicável)                                                                                                                                                                       |  |
| Consta diretrizes sobre a guarda da documentação (prontuários médicos individuais, exames clínicos e etc).                                                                                                                                                                                        |  |
| A empresa cumpre a realização somente dos exames mínimos exigidos pela Mosaic/ legislação                                                                                                                                                                                                         |  |
| <b>Revalidação do PCMSO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| <b>Estes requisitos abaixo são obrigatórios após um ano de atividades dentro da Mosaic Fertilizantes. Se a empresa está com o documento prestes a vencer ela deverá apresentar um novo documento com a evidência do relatório analítico e ações realizadas.</b>                                   |  |
| Há evidências das ações preventivas de saúde (Ex. lista de presença e fotos)                                                                                                                                                                                                                      |  |
| Consta sobre o relatório analítico anual                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| No relatório analítico consta o número e a natureza dos exames clínicos realizados (Admissional, periódico, mudança de risco, demissional, retorno ao trabalho)                                                                                                                                   |  |
| No relatório analítico consta o número e o tipo de exames complementares realizados                                                                                                                                                                                                               |  |
| <b>Os itens 63 a 66 são obrigatórios para empresas que tem acima de 10 empregados e grau de risco 3 e 4</b>                                                                                                                                                                                       |  |
| Há estatísticas de resultados anormais dos exames complementares separados por unidade, setor ou função.                                                                                                                                                                                          |  |
| Há evidência da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho por unidade, setor ou função. Se não há doenças ocupacionais consta esse registro no relatório analítico.                                                                                                                         |  |
| Há informações sobre o número, tipo de eventos e doenças informadas nas CATs emitidas pela empresa, referente aos seus empregados que trabalhando dentro da Mosaic.                                                                                                                               |  |
| Há análise comparativa em relação ao relatório anterior e discussão sobre as variações dos resultados                                                                                                                                                                                             |  |
| O relatório analítico está assinado pelo médico responsável                                                                                                                                                                                                                                       |  |

**Observação: Não há modelo padrão, documento deve atender ao checklist e a NR 07.**



# PCA – PROGRAMA DE CONSERVAÇÃO AUDITIVA

O PCA deverá ser postado no ID da empresa no portal de mobilização na aba de **MEDICINA OCUPACIONAL** no campo destinado ao documento.

Dados Gerais

Aditamento Contratos

FIT

Segurança do Trabalho

Medicina Ocupacional

Segurança Patrimonial

Medicina Ocupacional

PCA

Anexo - PCA

Arquivos

1 arquivos

5.19 MB

PCA\_2023\_MOSAIC\_LOGL...

Validade PCA

29/06/2024



# CHECKLIST PCA

|  <b>AValiação DO DOCUMENTO DO PROGRAMA DE CONSERVAÇÃO AUDITIVA (PCA)</b> |                                                                                                                                                                                                 |             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----|
| <b>Contratada:</b>                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                 |             |     |
| <b>Vigência do Documento do PCA:</b>                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                 |             |     |
| <b>Número do Contrato:</b>                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                 |             |     |
| <b>Vigência:</b>                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                 |             |     |
| <b>Gestor:</b>                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                 |             |     |
| <b>Fiscal:</b>                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                 |             |     |
| <b>Preposto:</b>                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                 |             |     |
| Nº                                                                                                                                                        | REQUERIMENTOS MÍNIMOS APLICÁVEIS                                                                                                                                                                | CONTEPLAÇÃO |     |
|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                 | SIM         | NÃO |
| 1                                                                                                                                                         | Contempla a Razão Social da empresa, endereço completo, número e vigência do contrato, gestor, fiscal e preposto?                                                                               |             |     |
| 2                                                                                                                                                         | Contempla o período de vigência do Programa?                                                                                                                                                    |             |     |
| 3                                                                                                                                                         | Contempla as responsabilidades atribuídas dos envolvidos no Programa?                                                                                                                           |             |     |
| 4                                                                                                                                                         | Contempla o campo de aplicação ou grupos que participarão do Programa?                                                                                                                          |             |     |
| 5                                                                                                                                                         | Contempla a avaliação quantitativa do ruído e análise crítica, atenuação?                                                                                                                       |             |     |
| 6                                                                                                                                                         | Contempla os protetores auditivos e seus CAs?                                                                                                                                                   |             |     |
| 7                                                                                                                                                         | Contempla a forma de seleção, distribuição e reposição dos protetores auditivos?                                                                                                                |             |     |
| 8                                                                                                                                                         | Contempla os procedimentos para a higienização, armazenamento e manutenção dos protetores auditivos?                                                                                            |             |     |
| 9                                                                                                                                                         | Contempla a forma de treinamento e conteúdo, para o conhecimento, educação e motivação dos trabalhadores no Programa?                                                                           |             |     |
| 10                                                                                                                                                        | Contempla os princípios e procedimentos básicos para a realização do exame audiométrico e o que deve constar na ficha do exame, conforme o Anexo II da NR 7?                                    |             |     |
| 11                                                                                                                                                        | Contempla os parâmetros para interpretação dos resultados audiométricos, conforme o Anexo II da NR 7?                                                                                           |             |     |
| 12                                                                                                                                                        | Contempla as condutas para os casos com desencadeamento e agravamento de perda auditiva?                                                                                                        |             |     |
| 13                                                                                                                                                        | Contempla o tempo e a forma de conservação dos registros, conforme a Ordem de Serviço (OS) nº 608 do INSS?                                                                                      |             |     |
| 14                                                                                                                                                        | Contempla um Relatório do PCA, com: dados estatísticos do gerenciamento audiométrico, conforme o Anexo II da NR 7, e avaliação da eficácia do programa? Para PCA que já tenha um ano na unidade |             |     |

**Observação: documento exigido para nível de ruído acima de 80 decibéis ou classificação médio/alto. Não há modelo padrão, documento deve atender ao checklist e a NR 07.**



# FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE TERCEIRO - FIT

## MÓDULO FISCAL DE CONTRATO

O Primeiro passo ao criar a FIT é inserir os dados gerais e os documentos pessoais. É o momento de inserir a documentação dos empregados (Escolaridade, Formação, Passaporte, RG e CPF etc.)

### CTPS - Documentos Pessoais

Contrato de trabalho

Ficha de Registro de Empregado

CTPS

Comprovante de Experiência

RG

CPF

CNH

Escolaridade

Curso de Operador

Termo de Estágio

Acordo de Cooperação

Termo de Confidencialidade

Passaporte RAC

Ambientação Fornecedor

Grau de Instrução

Ensino Médio

Este empregado atenderá que tipo de serviço

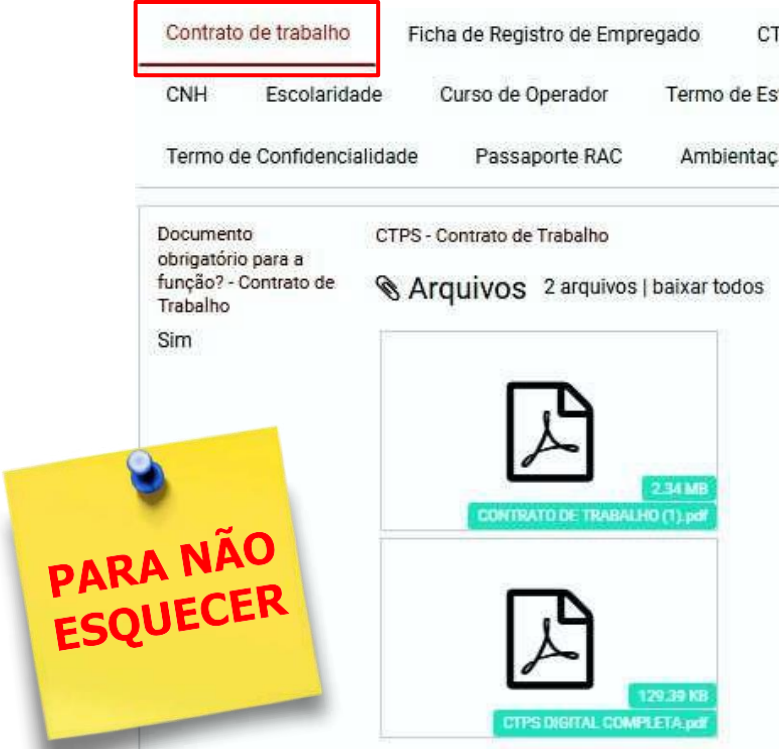
Projeto

Entrega do Comprovante de Escolaridade (Obrigatório)

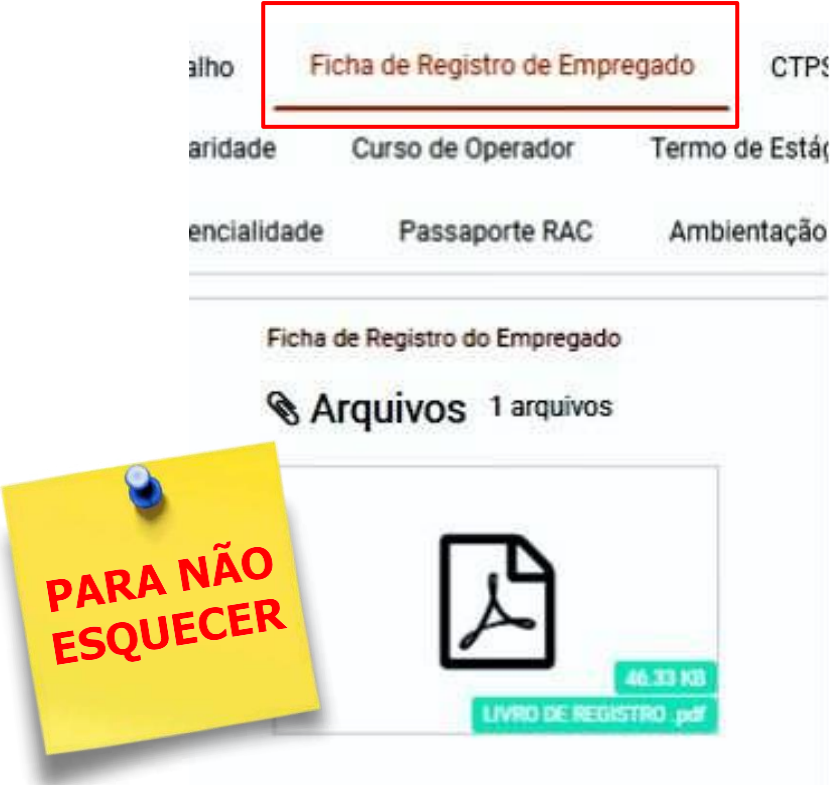
Sim

# CONTRATO DE TRABALHO E FICHA DE REGISTRO DE EMPREGADO

- Contrato de trabalho: evidenciar vínculo empregatício do colaborador com a empresa por meio da CTPS;
- Ficha de registro do empregado: inserir ficha de registro do colaborador;



- Se atentarem a respeito das assinaturas nos documentos anexados.
- Assinatura eletrônica só será válida, utilizando sistemas reconhecidos legalmente como Docusign, Clicksign, gov.br, Adobesign etc;





# CTPS E COMPROVANTE DE EXPERIÊNCIA

- No campo CTPS anexar as páginas onde constam os dados e fotografia do empregado.



Contrato de trabalho

Ficha de Registro de Empregado

**CTPS**

CNH

Escolaridade

Curso de Operador

Termo de Estágio

Termo de Confidencialidade

Passaporte RAC

Ambientação Forn

Documento obrigatório para a função? - Ctps

CTPS - Frente e Verso

Sim

Arquivos 1 arquivos

129.39 KB

CTPS DIGITAL COMPLETA.pdf

Ficha de Registro de Empregado

CTPS

**Comprovante de Experiência**

Termo de Confidencialidade

Passaporte RAC

Ambientação Fornecido

Comprovante de Experiência

Arquivos 3 arquivos | baixar todos

129.39 KB

CTPS DIGITAL COMPLETA.pdf

779.43 KB

de acordo (3).pdf

572.88 KB

Joaquim.pdf



- Experiência conforme previsto no memorial descritivo do contrato.
- Deve ser comprovado através das anotações da CTPS. A experiência é na função que o empregado exerce, exceto quando instruído de forma diferente no MD.

# DOCUMENTOS PESSOAIS

de Registro de Empregado

CTPS

Comprovante de Experiência

RG

CPF

CNH

mo de Confidencialidade

Passaporte RAC

Ambientação Fornecedor

RG

Arquivos 1 arquivos



103.68 KB  
RG .pdf

- Inserir documentos pessoais (RG, CPF, etc.).
- O campo CNH se aplica somente para quem conduz veículos ou equipamentos móveis.
- Para motoristas profissionais deve conter na CNH a sigla EAR (Exerce Atividade Remunerada) e atividade especifica deve ser evidenciada no verso da CNH, no prontuário Detran ou RENACH.

NOTA: Para condução de veículos na unidade necessário no mínimo 2 anos de CNH.

# ESCOLARIDADE

CNH

Escolaridade

Curso de Operador

Termo

Termo de Confidencialidade

Passaporte RAC

Ambi

Documento obrigatório para a função? Escolaridade

Comprovante de Escolaridade

Sim

Arquivos 1 arquivos



83.73 KB  
CERTIFICADO SEGUNDO GRAU.pdf

Observação: Declarações só serão aceitas se emitidas por instituições de ensino.

- Inserir comprovante de escolaridade conforme previsto
- no MD (não é válido declaração de próprio punho e/ou contratada).
- Para profissional técnico / profissional com ensino superior devem ser inseridos comprovante de formação,
- exemplos:
  - Eletricista: Certificado/Diploma Curso Técnico
  - Soldador: Certificado/Diploma Curso Técnico
  - Engenheiro: Diploma Curso Superior
  - Engenheiro de Segurança: Diploma de pós graduação ou carteira vigente do CREA.

NOTA: Para atendimento a gerência de Projetos Correntes será cobrado na segurança do trabalho evidência do curso de qualificação profissional para Soldadores e Eletricistas caso não tenha sido evidenciado em Documentos Pessoais - Escolaridade.



# CURSO DE OPERADOR

CNH

Escolaridade

**Curso de Operador**

Termo de Confidencialidade

Passaporte RAC

Documento obrigatório para a função? - Curso de operador

Curso de Operador

Arquivos

0 arquivos

Não

PARA NÃO  
ESQUECER

- Aplicável para profissionais que operam ou executam manutenções nos equipamentos.
- Devem ser incluídos os cursos/treinamentos que comprovem que o empregado está habilitado a operar equipamento (não confundir com treinamento da NR 12 Segurança no Trabalho em Máquinas e Equipamentos ou Operadores de Máquinas Automotrizes ou Autopropelidas).

# TERMO DE ESTÁGIO/ACORDO DE COOPERAÇÃO E TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**Termo de Estágio**

Acordo de Cooperação

Ambientação Fornecedor

Justificativa - Termo de Estágio

N.A

**Termo de Confidencialidade**

Passa

Termo de Confidencialidade

Arquivos

1 arquivos

- Quando autorizado mobilização de estagiário, deverá inserir o termo correspondente, devidamente assinado. Idem para acordos de cooperação.
- O termo de confidencialidade não é mais exigido pela Mosaic, o jurídico informou que já existe uma cláusula nos contratos onde informam sobre a confidencialidade das contratadas.

# PASSAPORTE

Termo de Confidencialidade

Passaporte RAC

Ambie

Documento obrigatório para a função? - Passaporte RAC

Sim

Passaporte RAC

Arquivos

1 arquivos



705.02 KB

APORTE RTC - RAC Joaquim dos Santos Filho.xls

PARA NÃO  
ESQUECER

- Documento será emitido pela equipe do núcleo de mobilização, demarcar como documento não obrigatório para a função.

|                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div><div>NOME DA EMPRESA</div></div>                                                                       |  | <div>CAPACITAÇÃO</div> <div>PT EXECUTANTE/ARA - ANÁLISE DE RISCO DA ATIVIDADE</div> <div>12-09-2026</div>                      |
| <div><div>FOTO DO COLABORADOR</div><div></div></div>                                                        |  | <div>NOME DO COLABORADOR</div> <div>FUNÇÃO</div> <div>ASO:</div> <div>ID FIT:</div> <div>ADMISSÃO:</div> <div>11-09-2027</div> |
| <div><div>OBRA:</div><div>LOCAL:</div><div>OBRIGATÓRIO O PORTE DESTA AUTORIZAÇÃO DURANTE A EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES</div><div>VALIDAÇÃO GESTOR/FISCAL</div><div>CÓDIGO DE VALIDAÇÃO</div></div> |  |                                                                                                                                |



## DESIGNAÇÃO PARA SOLICITANTE DE PT

[illegible]

OBS: As assinaturas de gestor do contrato e preposto do contrato se aplica quando a designação for de funcionários de contratadas.

- Para **PT Solicitante** é necessário inserir carta de designação como evidência:

**Observação: Para a validade de PT/ARA em passaporte considera-se 2 anos após data de realização da Integração. Caso Integração tenha sido realizada antes de 09/01/2023 colaborador deverá ser treinado no procedimento de Ferramentas de Avaliação de Riscos de EHS e a data de validade da PT/ARA será de 2 anos após data do treinamento de Ferramentas de Avaliação de Riscos de EHS.**

# PROCEDIMENTO FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DE RISCOS DE EHS

## Ferramentas de Avaliação de Riscos de EHS



|                                                                                        |                                               |                                                                       |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Título do documento:<br><b>Ferramentas de Avaliação de Riscos de EHS</b>               |                                               | Código do documento:<br><b>PGS-MFS-EHS-003</b>                        | Revisão:<br><b>REV.00</b> |
| Elaboração – Responsável Técnico / Matrícula:<br><b>Daniela Rocha de Nova / 202966</b> |                                               | Aprovação:<br><b>Tarcísio Fulvio dos Santos</b>                       |                           |
| Data de homologação:<br><b>23/08/2023</b>                                              | Prazo máximo de revisão:<br><b>23/08/2026</b> | Departamento de Origem:<br><b>Gerência de EHS Corporativa</b>         |                           |
| Público-alvo:<br><b>Líderes, Equipe de EHS e Funcionários</b>                          |                                               |                                                                       |                           |
| Permite autotreinamento:<br><b>( ) Sim ( ) Não</b>                                     |                                               | Necessita de treinamento na última revisão:<br><b>( ) Sim (X) Não</b> |                           |

1. OBJETIVO

Estabelecer diretrizes, procedimentos e práticas para identificação, análise, avaliação e controle dos riscos existentes nas atividades executadas dentro das operações da Mosaic Fertilizantes. E mapear os riscos e definir as medidas de controle que reduzam a probabilidade de ocorrência de incidentes durante a execução de atividades.

2. ESCOPO

Aplica-se a todos os funcionários próprios e contratados das unidades da Mosaic Fertilizantes.

FITs no status de Revalidação/Capacitação será cobrado lista de Ferramentas de Avaliação de Riscos de EHS caso não tenha sido anexada anteriormente.

| LISTA DE PRESENÇA - TREINAMENTO                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |                        |                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Anexo 2 do PGS-MFS-EOP-005 REV01 Data 03/06/2024                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |                        |                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
| Treinamento:                                                         | FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DE RISCOS EM EHS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                         |                        |                         |            | Número identificador da lista:                                                                                                                                                                                                                      |                          |
| Conteúdo Programático:                                               | OBJETIVO:ESCOPO:DEFINIÇÕES (Abertura de Linha, Análise de Risco da Atividade (ARA), Aprovador da Permissão de Trabalho, Atividades Rotineiras, Checklist, Coemitente, Dispositivos críticos de segurança, Emitente, Equipamentos de Classe A: São aqueles que contêm ou já contiveram produtos tóxicos, corrosivos, inflamáveis, combustíveis ou de qualquer modo nocivos à saúde, Equipamento de Classe B: São aqueles que não contêm e nunca contiveram produtos tóxicos, corrosivos, inflamáveis, combustíveis, Equipamentos Submersos, Dono de área, Içamento Crítico: aquele que atenda a um ou mais dos seguintes critérios. ); Observação Planejada da Tarefa – OPT; Padrão Operacional Seguro (POS); Permissão de Trabalho (PT); Proximidades de sistemas energizados, Profissional autorizado (eletricidade); PSM - Process Safety Management (Gerenciamento de Segurança de Processo); Serviços Gerais (eletricidade); Solicitante de PT; Tarefas Críticas; Trabalho a Quente - Categoria "A", zona de risco, PAPEIS E RESPONSABILIDADES, Gerência de área/Coordenação de planta, Supervisão ou responsável equivalente, Gerência de EHS local, Emitente/Coemitente, Solicitante de PT, Gestor ou fiscal de contrato, Executantes das atividades, REQUISITOS. PGS-MFS-EHS-003 Rev: 00 - 23/08/2023 |                         |                        |                         |            | Tipo de Treinamento:                                                                                                                                                                                                                                |                          |
|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |                        |                         |            | <input type="checkbox"/> Auto treinamento<br><input type="checkbox"/> Treinamento na Atividade<br><input checked="" type="checkbox"/> Treinamento EHS<br><input type="checkbox"/> Treinamento Gestão e Liderança<br><input type="checkbox"/> Outros |                          |
|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |                        |                         |            | Formato de Treinamento:                                                                                                                                                                                                                             |                          |
|                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |                        |                         |            | <input checked="" type="checkbox"/> Treinamento Presencial<br><input type="checkbox"/> Treinamento Online*                                                                                                                                          |                          |
| * Não é obrigatório preenchimento de matrícula.                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |                        |                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
| ** Obrigatório assinatura para os treinamentos de requisitos legais. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |                        |                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
| Instituição Promotora:                                               | PREENCHER CAMPO COM NOME DA INSTITUIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                         |                        |                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
| Instrutor:                                                           | PREENCHER CAMPO COM NOME DO INSTRUTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                        |                         | Matrícula: | PREENCHER                                                                                                                                                                                                                                           | Assinatura: ASSINAR      |
| Período:                                                             | PREENCHER COM O PERÍODO DE REALIZAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                        |                         | Horário:   | PREENCHER                                                                                                                                                                                                                                           | Carga Horária: PREENCHER |
| PARTICIPANTES                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                         |                        |                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
| Nº                                                                   | Matrícula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Nome Completo (Legível) | Gerência ou Contratada | Assinatura** / Presença |            |                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |
| 1                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PREENCHER               | PREENCHER              |                         |            |                                                                                                                                                                                                                                                     |                          |



## FOTO



- A foto do colaborador será utilizada no portal e no crachá;
- A foto deve ser 3 x 4 e possuir fundo branco;
- Deve-se evitar fotos tiradas em paredes ou lugares pouco iluminados;
- Deve-se evitar camisa aberta,
- mostrando os ombros. Ponto de referência entre segundo e terceiro botão da camisa;
- Foto com resolução média/alta para evitar má qualidade da imagem;
- Não digitalizar fotos de documentos já impressos;
- Foto atualizada capturada nos últimos 6 meses;
- Não vestir camisa branca ou muito clara, considerando que o crachá também é branco.

## PASSAPORTE

|                                    |                                 |                                    |                                      |
|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Agendamento da Integração          | Medicina Ocupacional            | Tela RTC                           | Ambientação                          |
| Data da Ambientação<br>18/07/2022  |                                 | à                                  | Data Final Ambientação<br>20/07/2022 |
| Módulo III - 2 horas<br>Habilitado | Módulo Específico<br>Habilitado | Módulo ISPS Code<br>Não Habilitado |                                      |

No status de “Ambientação” será disponibilizado para a contratada na aba “Ambientação” em “Anexo Ambientação” o passaporte (obrigatório para qualquer colaborador) para que tenham acesso ao documento e possam realizar a impressão sempre que necessário.

Anexo - Ambientação

Arquivos 1 arquivos



[illegible]

## Anexo - Segurança do Trabalho

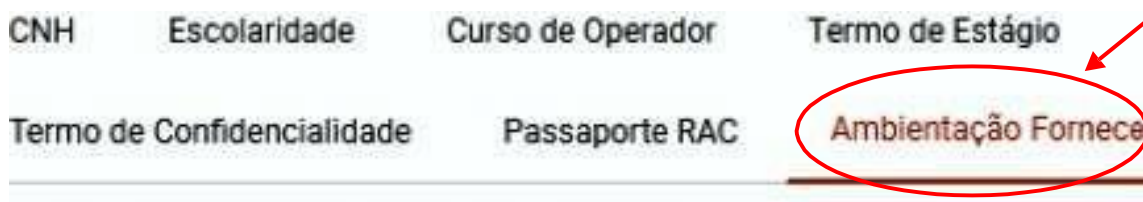
 Arquivos 1 arquivos



Nos casos de “Revalidação” ou “Inclusão de capacitação” passaporte será disponibilizado para a contratada na aba “Segurança do trabalho” em “Anexo segurança do trabalho”.



## AMBIENTAÇÃO FORNECEDOR



Documento  
Obrigatório para a  
Ambientação? -  
Comprovação da  
Ambientação  
Sim

Lista de Presença de Ambientação

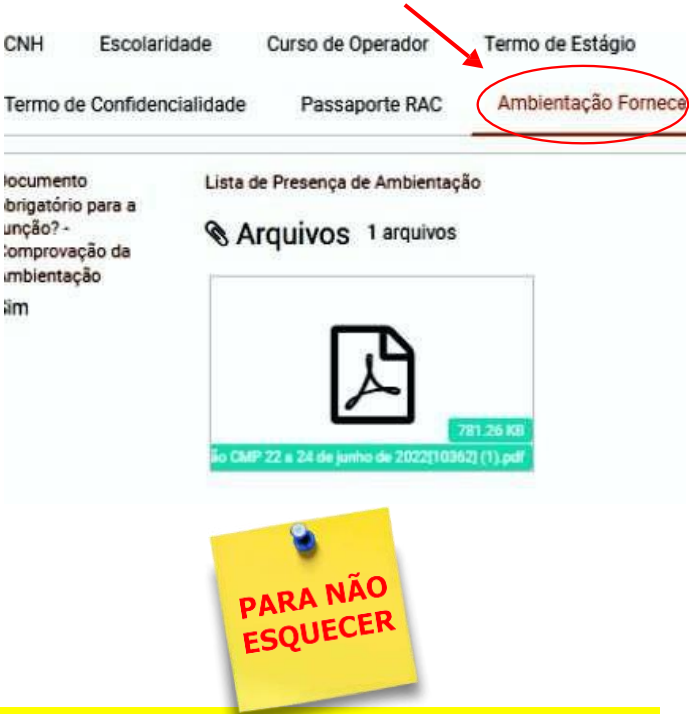
 Arquivos 1 arquivos



**PARA NÃO  
ESQUECER**

- A lista de ambientação deve ser inserida no módulo de Documentos Pessoais/Ambientação Fornecedor, caso o colaborador já tenha realizado o treinamento.
- É obrigatório o treinamento de Integração com carga horária de 16 horas (indústria) e 24 horas (mineração) ministrada por instrutor homologado pela Mosaic.
- No caso de empregado ausente da unidade por 180 dias deverá realizar a reintegração de 8 horas.

Para integrações realizadas a mais de 6 meses da data de análise da FIT, obrigatório inserir juntamente a lista e/ou certificado, documento que comprove que o colaborador não se ausentou de suas atividades por mais de 6 meses. A comprovação de presença, pode ser evidenciada através de controles de ponto validados por gestores/fiscais de contrato, controle de efetivo (nominal) também validados e/ou qualquer outro controle da contratada que nos demonstre que os empregados estavam mobilizados e atuantes no site.



Obs.: O certificado do treinamento poderá ser inserido também quando a FIT estiver no status de Ambientação.

## AGENDAMENTO INTEGRAÇÃO

- Para agendamento o colaborador já deverá estar admitido na empresa;
- Para agendamento preencher a planilha abaixo e enviar a solicitação por meio do e-mail [integracao@uensolucoesemss.com.br](mailto:integracao@uensolucoesemss.com.br);
- Solicitar o calendário com as datas disponíveis para o treinamento para realização do agendamento”.

| AGENDAMENTO INTEGRAÇÃO MOSAIC |         |     |               |     |         |        |                    |               | DATA DE REALIZAÇÃO |
|-------------------------------|---------|-----|---------------|-----|---------|--------|--------------------|---------------|--------------------|
| Nº                            | UNIDADE | FIT | NOME COMPLETO | CPF | EMPRESA | FUNÇÃO | FISCAL DO CONTRATO | CARGA HORÁRIA | EMAIL PARA CONTATO |
| 1                             |         |     |               |     |         |        |                    |               |                    |
| 2                             |         |     |               |     |         |        |                    |               |                    |
| 3                             |         |     |               |     |         |        |                    |               |                    |
| 4                             |         |     |               |     |         |        |                    |               |                    |

# MÓDULO SEGURANÇA DO TRABALHO

- Após inserir os documentos pessoais na FIT é o momento de inserir a documentação de segurança, na aba “Segurança do Trabalho”.

Dados Pessoais

Documentos Pessoais

**Segurança do Trabalho**

Medicina Ocupacional

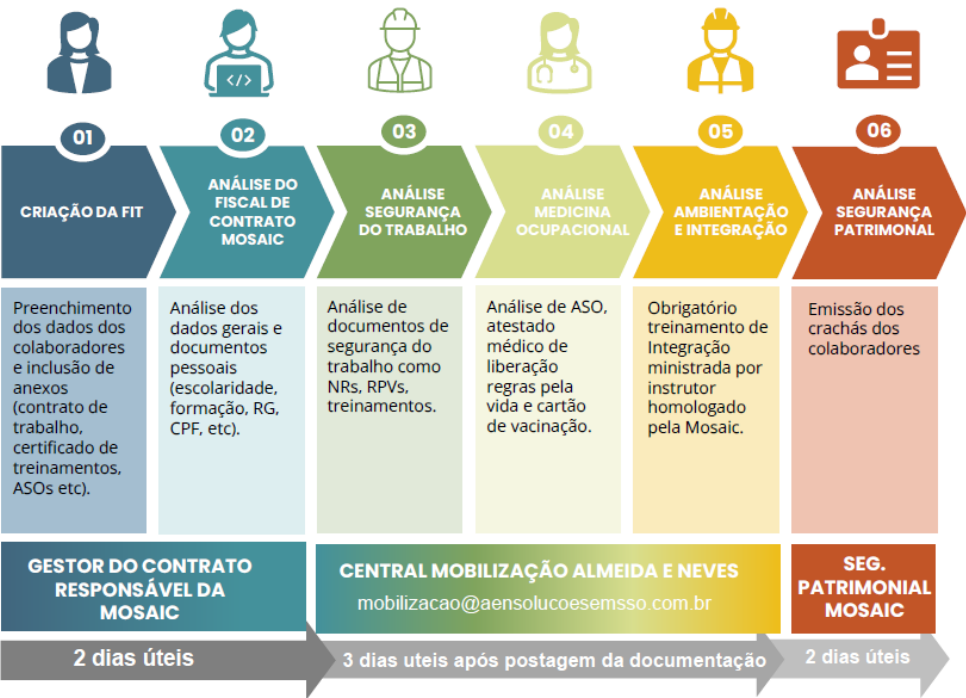
Ambientação

Segurança Patrimonial

| Segurança do Trabalho (10)                                  |           |             |                       | Q Pesquisar |
|-------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------------------|-------------|
| Selecione o Documento                                       | Aprovado? | Revalidado? | Validade do Documento |             |
| Treinamento Introdutório - Contratada                       | Sim       | Não         | 01/12/2026            |             |
| OS - Ordem de Serviço                                       | Sim       | Não         | 01/12/2026            |             |
| Ficha de EPI - Inicial de Contrato                          | Sim       | Não         | 01/12/2026            |             |
| NR 06 - Conceitos e Práticas sobre Equipamentos de Proteção | Sim       | Não         | 08/10/2024            |             |
| RAC 02 - Veículos Automotores                               | Sim       | Não         | 13/10/2024            |             |
| RAC 03 - Equipamentos Móveis                                | Sim       | Não         | 14/10/2024            |             |
| RAC 04 - Bloqueio e Etiquetagem                             | Sim       | Não         | 19/08/2024            |             |
| Outros                                                      | Sim       | Não         | 16/03/2022            |             |
| Outros                                                      | Sim       | Não         | 27/09/2022            |             |

**Nota: O PGR deverá estar aprovado no portal para avaliação das FIT's no status de Segurança do trabalho.**

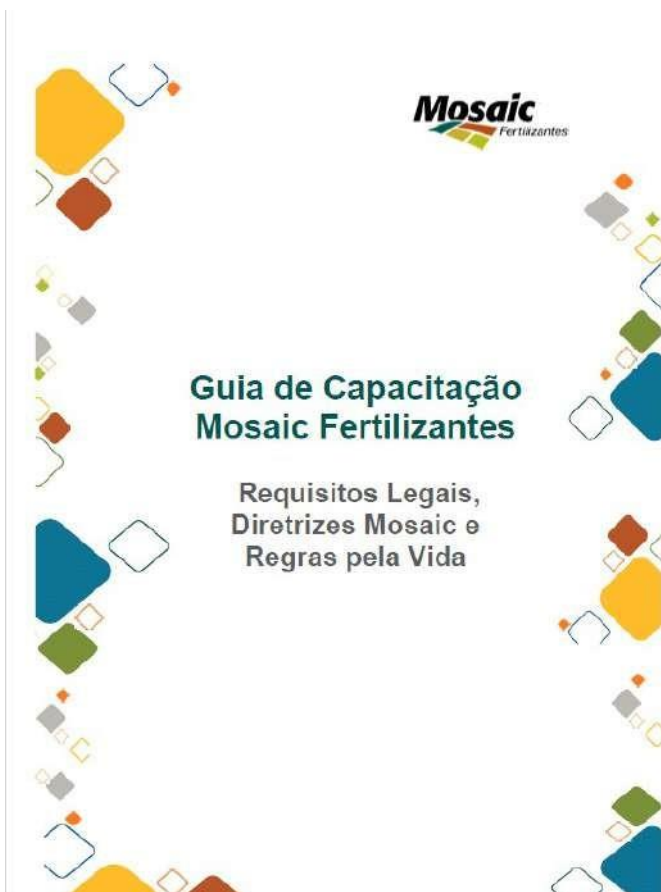
## PRAZOS PARA AVALIAÇÕES





## DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS TREINAMENTOS

- Com objetivo de padronizar as obrigações relacionadas com os treinamentos obrigatórios foi elaborado pela Mosaic Fertilizantes, com base na legislação, o Guia de Capacitações.
- No guia consta mapeadas as NR's, RPV's e treinamentos que devem ser atendidos pela contratada, conforme atividade prevista para cada empregado contendo carga horária, validade de documentações, relação de documentos que devem ser apresentados para evidenciar os treinamentos.
- Há treinamentos obrigatórios que não constam no guia (treinamento conforme NR 18 por exemplo).



- Somente funcionários que efetivamente exercerão tarefas críticas ou que há aplicabilidade do Requisito Legal deverão ser mapeados para a realização da capacitação. Não é recomendável que sejam treinados funcionários para a condição de “banco reserva” a fim de evitarmos:
  - Execução de tarefas críticas por funcionários que não as realizam no dia a dia;
  - Ocupação de vagas de funcionários que necessitam do treinamento;
  - Custos desnecessários.

**Importante:** De acordo com a norma os treinamentos dos colaboradores devem ser realizados a partir da data de admissão.

**Nota:** Treinamentos em RTC ainda válidos serão aceitos até 31/05/2024, a partir de 01/06/2024 todos os treinamentos já devem estar conforme o Guia de capacitação Requisitos legais, diretrizes Mosaic e regras pela vida. Admissões e treinamentos realizados a partir de 01/12/2023 já devem estar conforme Guia de capacitação Requisitos legais, diretrizes Mosaic e regras pela vida.

## DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS TREINAMENTO NR 06 - EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

- Deve ser realizado a cada 3 anos e conter o conteúdo programático de acordo com o previsto no Guia de Capacitação (páginas 12 e 13).
- Carga horária mínima de 2 horas.
- Deve ser evidenciado através de certificado.



## DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS TREINAMENTO NR 18 – TREINAMENTO BÁSICO EM CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEGURANÇA NO TRABALHO NA INDÚSTRIA DA CONSTRUÇÃO

- Para a gerência da unidade obrigatório somente para indústrias da construção;
- Para a gerência de Projetos Correntes obrigatório para todas as empresas;
- O treinamento deve seguir as orientações diretamente descritas na NR 18;
- Deve ser evidenciado através de certificado;
- Considerar para a validade em FIT, 2 anos a partir da data de realização conforme norma regulamentadora;
- O conteúdo programático do treinamento inicial de 4h deve conter informações sobre:
  - As condições e meio ambiente de trabalho;
  - Os riscos inerentes às atividades desenvolvidas;
  - Os equipamentos e proteção coletiva existentes no canteiro de obras;
  - O uso adequado dos equipamentos de proteção individual;
  - O PGR do canteiro de obras.





## DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS TREINAMENTO REGRAS PELA VIDA - GRADES E PISOS

- Obrigatório para todos os funcionários expostos aos riscos na utilização de superfícies de passagem e trabalho.
- Deve ser realizado a cada 2 anos e conter o conteúdo programático de acordo com o previsto no Guia de Capacitação (página 111);
- Carga horária mínima de 2 horas;
- Deve ser evidenciado através de certificado.

## DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS ORDEM DE SERVIÇO

- Deve estar prevista na OS:
  - Cargo;
  - Descrição da atividade que o colaborador irá realizar na empresa;
  - Riscos aos quais o empregado está exposto;
  - Medidas de controle;
  - EPI's e EPC's relacionados à função.
- O documento deve ser assinado pelo empregado em **TODAS** as páginas. **O EMPREGADOR** deverá assinar apenas a última página;
- Este documento deve estar coerente com o PGR e a ficha de EPI dos empregados;
- Treinamentos inseridos no portal devem atender o que está previsto na OS;
- Considerar para a validade do documento em FIT, a mesma validade do Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR).



ORDEM DE SERVIÇO

SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHO

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| Nome:   |                         |
| Função: | AUXILIAR DE LABORATÓRIO |

Pela presente Ordem de serviço, objetivamos informar os trabalhadores que executam suas atividades laborais nesse setor, conforme estabelece a NR-1, item 1.7, sobre as condições de segurança e saúde às quais estão expostos, como medida preventiva e, tendo como parâmetro os agentes físicos, químicos, e biológicos citados na NR-9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (Lei n.º 6514 de 22/12/1977, Portaria n.º 3214 de 08/06/1978), bem como os procedimentos de aplicação da NR-6 - Equipamento de Proteção Individual – EPI, NR-17 – Ergonomia, de forma a padronizar comportamentos para prevenir acidentes e/ou doenças ocupacionais.

Atividades

Realizam Slump test, moldam, cortam e rompem corpos de provas de concreto, realizam ensaios

Exemplo de Ordem de serviço com descrição da atividade divergente da descrição em PGR

|                                                                                                                                                               |                        |                                                                    |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|
| Anexo II: Análise Preliminar de Riscos Higiene Ocupacional (APR-HO)                                                                                           |                        |                                                                    |  |
| Unidade: CMA                                                                                                                                                  | Empresa:               |                                                                    |  |
| Setor: Barragens B5 e B6, Escritório Administrativo                                                                                                           |                        |                                                                    |  |
| Código dos GHE's: CMA-001-O-C Operacional                                                                                                                     | Total de Empregados: 9 | Data: 20/05/2022                                                   |  |
| Descrição do ambiente de trabalho: Área das barragens a céu aberto. Galpões de armazenamento de amostras e laboratórios de análise de solos.                  |                        | Funções / Cargos: Auxiliar de Laboratório                          |  |
| Descrição das atividades/tarefas desempenhadas: Auxiliar e movimentar equipamentos manuais e corpos de prova, Auxiliar na fiscalização e controle tecnológico |                        |                                                                    |  |
| Equipe da Análise: Paulo Cesar Paolinelli Frade - Engestra                                                                                                    |                        | Nome do aprovador: Paulo Cesar Paolinelli Frade                    |  |
|                                                                                                                                                               |                        | Nome do responsável pela atualização: Paulo Cesar Paolinelli Frade |  |

Descrição da atividade no PGR

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                               |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| <b>Código dos GHE's:</b> CMA-001-O-C Operacional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Total de Empregados:</b> 9 | <b>Data:</b> 20/05/2022 |
| <b>Equipamentos de Proteção Individual (EPI) que poderão ser utilizados de acordo com a atividade</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                               |                         |
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Capacete;</li><li>➤ Avental de PVC</li><li>➤ Calçado de segurança;</li><li>➤ Uniforme Completo;</li><li>➤ Protetor Auricular;</li><li>➤ Máscara PFF2;</li><li>➤ Óculos de proteção;</li><li>➤ Luvas de látex, neoprene, nitrílica e vaqueta;</li><li>➤ Máscara com filtro duplo;</li><li>➤ Bota de pvc;</li><li>➤ Boné tipo árabe</li><li>➤ Luva Anti-impacto</li></ul> |                               |                         |

Exemplo de Ordem de serviço com EPIs divergentes dos listados em PGR

**PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RISCOS - PGR**

Processo: Fiscalização e Controle tecnológico de solo e concreto / CMA

ANEXO IV - Lista de EPI por GHE

| GHE/Atividade/<br>Área  | Capacete | Óculos | Óculos Ampla Visão | Botina | Protetor Auditivo Concha | Protetor Auditivo Plug | Respirador Filtro PFF2 | Respirador Semi Facial | Filtro Químico | Bota de PVC | Perneira Raspa | Calça PVC | Calça Raspa | Luva Nitrílica | Luva PVC | Luva Neoprene | Luva Raspa | Luva Antivibração | Luva Cirúrgica | Creme Protetor | Avental Raspa | Blusão PVC | Blusão Raspa | Macacão PVC | Macacão Tyvek | Creme Bloqueador Solar | Perneira de Couro |  |  |
|-------------------------|----------|--------|--------------------|--------|--------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------|-------------|----------------|-----------|-------------|----------------|----------|---------------|------------|-------------------|----------------|----------------|---------------|------------|--------------|-------------|---------------|------------------------|-------------------|--|--|
| CMA-001-O-C Operacional | P        | P      | E                  | P      | E                        | E                      | E                      | -                      | -              | -           | -              | -         | E           | -              | -        | -             | -          | -                 | -              | -              | -             | -          | -            | -           | E             | P                      | E                 |  |  |

Lista de EPIs para o GHE ao qual pertence a função Auxiliar de Laboratório



Função:

AUXILIAR DE LABORATÓRIO

Riscos

-Radiação não ionizante (solar);  
-Ruído;  
-Umidade;  
- Silicatos Silicato dicálcico e tri cálcico

Exemplo de Ordem de serviço com riscos divergentes aos citados em PGR

Anexo II: Análise Preliminar de Riscos Higiene Ocupacional (APR-HO)

Unidade: CMA      Empresa:

Setor: Barragens B5 e B6, Escritório Administrativo

Código dos GHE's: CMA-001-O-C Operacional      Total de Empregados: 9      Data: 20/05/2022

Descrição do ambiente de trabalho: Área das barragens a céu aberto.  
Galpões de armazenamento de amostras e laboratórios de análise de solos.

Funções / Cargos: Auxiliar de Laboratório

Descrição das atividades/tarefas desempenhadas: Auxiliar e movimentar equipamentos manuais e corpos de prova, Auxiliar na fiscalização e controle tecnológico

Equipe da Análise:

Nome do aprovador:

Nome do responsável pela atualização:

| Tipo do Agente | Agente Ambiental | Fontes Geradoras / principais ou prováveis causas | Tempo de Exposição (duração e frequência) | Concentração ou Nível    | Perfil do GHE | Efeitos à Saúde<br>(2 Lesão / Doença sem afastamento (permanente), 4 Lesão / Doença com afastamento temporário, 16 Lesão / Doença incapacitante e permanente) | Resultado da Matriz Graduação Qualitativa de Exposição Ocupacional | Vias de Ingresso | Medidas de controle existentes |                           |                    | Recomendações / Sugestões / Observações              |
|----------------|------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------|---------------------------|--------------------|------------------------------------------------------|
|                |                  |                                                   |                                           |                          |               |                                                                                                                                                               |                                                                    |                  | EPC                            | ADM                       | EPI                |                                                      |
| Físico         | Ruído            | Máquinas e equipamentos em operação               | <Habitual / Intermitente                  | Detectada, mas tolerável | 2             | 8                                                                                                                                                             | BAIXO                                                              | Via Auditiva     | N/A                            | Treinamento no uso do EPI | Protetor auricular | Acompanhamento pelos exames periódicos audiométricos |

|            |                                           |                                                                         |                          |                                |   |   |       |               |                                    |                                            |                                                |                                                                 |
|------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|---|---|-------|---------------|------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Físico     | Radiação não ionizante                    | Raios Solares                                                           | <Amostragem              | Detectada, mas tolerável       | 2 | 4 | BAIXO | Dérmica       | N/A                                | N/A                                        | Creme de proteção solar                        | Uso de uniforme com mangas longas                               |
| Químico    | Poeira mineral (podendo conter sílica)    | Máquinas e equipamentos em operação<br>Manipulação das amostras de solo | Habitual / Contínua      | Detectada, mas tolerável       | 5 | 4 | BAIXO | Respiratória  | Sistemas de exaustão localizada    | Treinamento no uso do EPI                  | Proteção respiratória tipo PFF-2               | Acompanhamento pelos exames periódicos conforme PCMSO           |
| Químico    | Bentonita (podendo conter sílica)         | Preparação dos corpos de prova com bentonita                            | Habitual / Contínua      | Detectada, mas tolerável       | 5 | 4 | BAIXO | Respiratória  | Sistemas de exaustão localizada    | Treinamento no uso do EPI                  | Proteção respiratória tipo PFF-2               | Acompanhamento pelos exames periódicos conforme PCMSO           |
| Ergonómico | Postura incomoda por longos períodos      | Sentado ou de pé por longos períodos                                    | Eventual / Contínua      | Detectada por causar incómodos | 2 | 4 | BAIXO | Não se aplica | N/A                                | Treinamento em ergonomia                   | N/A                                            | Acompanhamento pelos exames periódicos conforme PCMSO           |
| Ergonómico | Levantamento manual de carga              | Manipulação dos corpos de prova e caixas de amostras                    | <Habitual / Intermitente | Detectada por causar incómodos | 2 | 4 | BAIXO | Não se aplica | N/A                                | Treinamento na forma correta de pegar peso | N/A                                            | Acompanhamento pelos exames periódicos conforme PCMSO           |
| Acidentes  | Queda em mesmo nível e diferença de nível | Escadas, piso molhado e layout.                                         | <Habitual / Intermitente | Detectada, mas tolerável       | 2 | 4 | BAIXO | Não se aplica | Corrimão em escadas                | N/A                                        | Calçado de segurança com solado antiderrapante | Monitoramento periódico das condições dos pisos e escadas       |
| Acidentes  | Incêndio                                  | Materiais inflamáveis. Curto circuitos na rede elétrica                 | < Emergencial            | Detectada, mas tolerável       | 2 | 2 | BAIXO | Não se aplica | Extintores de incêndio e hidrantes | N/A                                        | Treinamento em situações de emergência         | Monitorar periodicamente as condições de extintores e hidrantes |
|            |                                           |                                                                         |                          |                                |   |   |       |               |                                    |                                            |                                                |                                                                 |
|            |                                           |                                                                         |                          |                                |   |   |       |               |                                    |                                            |                                                |                                                                 |

36

# DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

## FICHA DE EPI

- A ficha de EPI deve ser devidamente assinada pelo colaborador e pelo empregador;
  - Na ficha deve constar todos os EPI's necessários e fornecidos ao colaborador para a execução das atividades;
  - Os EPI's devem estar de acordo com o que estiver previsto em OS e PGR;
  - Na ficha deve constar número do certificado de aprovação (CA), data de entrega/devolução, declaração legal, assinatura do colaborador no recebimento/devolução;
  - A ficha inserida deve estar atualizada no prazo máximo de 2 meses levando em consideração à data de inserção do documento;
  - Considerar para a validade do documento em FIT, a data do vencimento do treinamento de NR 06.
- Nota: EPIs listados na ficha de EPI devem ser homologados pela Mosaic;**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |         |                  |                  |        |                            |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|------------------|------------------|--------|----------------------------|-----------------------|
| COMPLEXO DE MINEROQUÍMICO DE ARAXÁ/MG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |        |         |                  |                  |        |                            |                       |
| FICHA DE CONTROLE DE FORNECIMENTO DE EPI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |        |         |                  |                  |        |                            |                       |
| NOME: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |        |         |                  |                  |        | MATRICULA: XXXXXXXXX       |                       |
| CARGO: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |         |                  |                  |        | ÁREA: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |                       |
| TERMO DE RESPONSABILIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |        |         |                  |                  |        |                            |                       |
| Declaro que retirei os equipamentos de proteção individual aqui relacionados, comprometendo-me a zelar pela sua perfeita conservação e uso correto para a finalidade a qual se destinam, comprometo-me ainda a informar ao serviço de segurança industrial qualquer alteração nos equipamentos de proteção individual utilizados por min e apresentá-los nas inspeções periódicos ou quando estiverem desgastados. Declaro ainda que recebi treinamentos e estou ciente da obrigatoriedade do uso dos equipamentos de proteção individual quando indicados pela empresa, de acordo com a legislação trabalhista e Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho. |        |         |                  |                  |        |                            |                       |
| Data de Admissão: XX/XX/XXXX                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |         |                  | Assinatura _____ |        |                            |                       |
| Data de entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Quant. | Unidade | Descrição do EPI | Marca            | Modelo | C.A.                       | Assinatura do Usuário |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |         |                  |                  |        |                            |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |         |                  |                  |        |                            |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |         |                  |                  |        |                            |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |         |                  |                  |        |                            |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |         |                  |                  |        |                            |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |         |                  |                  |        |                            |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |         |                  |                  |        |                            |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |         |                  |                  |        |                            |                       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |        |         |                  |                  |        |                            |                       |

Luva Anti Impacto será cobrada para todas as funções para os atendimentos a gerência de Projetos Correntes.

# CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- Quando uma FIT for revalidada pela contratada o sistema solicitará revalidação de todos os documentos à vencer;
  - É importante em qualquer revalidação atualizar os demais documentos que não estejam de acordo com as normas vigentes;
- Para Operadores de Plataforma Elevatória Móvel de Trabalho é necessário os treinamentos de: NR 35 e RPV – Trabalho em Altura, Operação de Plataforma Elevatória Móvel de trabalho e RPV Equipamentos Móveis;

| Selecione o Documento                                       | Aprovado? | Revalidado?? | Validade do Documento |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------|-----------|--------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Ficha de EPI - Inicial de Contrato                          |           | Não          | 01/02/2025            |    |
| RAC 02 - Veículos Automotores                               |           | Não          | 04/04/2025            |    |
| RAC 04 - Bloqueio e Etiquetação                             |           | Não          | 01/04/2025            |    |
| RAC 05 - Içamento de Carga                                  |           | Não          | 15/03/2025            |    |
| Outros                                                      |           | Não          | 01/04/2024            |    |
| NR 12 - Operação Segura de Máquinas e Equipamentos          |           | Não          | 04/06/2025            |    |
| NR 06 - Conceitos e Práticas sobre Equipamentos de Proteção |           | Não          | 01/04/2025            |  |
| Treinamento Introdutório - Contratada                       |           | Não          | 05/04/2024            |  |
| Outros                                                      |           | Não          | 08/04/2025            |  |
| Outros                                                      |           | Não          | 24/06/2024            |  |

- O treinamento em NR 12 – Operação Segura de Máquinas e Equipamentos e RPV Equipamentos Móveis deverá ser listado em certificado os equipamentos/ferramentas da parte prática (equipamentos/ferramentas citados devem estar de acordo com a função do colaborador);
  - Treinamento de Ponte Rolante será cobrado conforme norma regulamentadora (NR 11) com carga horária de 16 horas.
  - Os documentos devem ser inseridos na linha com a respectiva nomenclatura e validade não sendo válido a inserção de documentos diferentes em uma mesma linha;
- Treinamentos de NR 35 e RPV Trabalho em altura, podem ser inseridos na mesma linha considerando para a validade a data do primeiro treinamento a vencer entre a NR e o RPV. Caso optem por inserir em linhas separadas considerar as validades respectivas de cada treinamento;
  - Treinamentos de NR 33 e RPV Espaço confinado, podem ser inseridos na mesma linha considerando para a validade a data do primeiro treinamento a vencer (NR 33 = 1 ano). Caso optem por inserir em linhas separadas considerar as validades respectivas de cada treinamento;

Para contratos onde houver escopo de montagem de andaimes, na unidade de Araxá, deve ser anexado na FIT o book de montagem de andaimes ou projetos dos mesmos.



# EVIDÊNCIAS OBRIGATÓRIAS

- Caso algum treinamento a ser incluído não tenha identificação no portal, deve ser selecionado “Outros” e digitado o nome do treinamento;
- O treinamento de NR 18, deve ser inserido na linha com nomeação “NR 18 – Condições e Meio Ambiente de trabalho na indústria da construção”;
- É possível acompanhar o status de avaliação de cada módulo da FIT rolando a página do portal para baixo e clicando no item “Resumo de Atividades”.
- Quando anexado o treinamento de reciclagem, deve ser apresentado evidências, do treinamento inicial, conforme diretrizes de capacitação.



- **Obrigatoriedades:**

- NR 35 – RPV Trabalho em Altura;
- NR 33 – RPV Espaço confinado;
- RPV Içamento de cargas – Sinaleiro e Amarrador de Cargas;
- NR 10 – RPV Eletricidade, carta de autorização para atividade em instalações elétricas e RPV Bloqueio e etiquetagem.

**NOTA IMPORTANTE:** A capacitação/reciclagem nas NR 10, NR 33 e NR 35, substituem em caráter de equivalência os RPV's de Eletricidade, Espaço confinado e Trabalho em altura desde que o procedimento da Mosaic Fertilizantes seja contemplado no conteúdo programático da capacitação/reciclagem.

**Exemplo:** NR 35 Trabalho em altura, se no certificado estiver especificado o procedimento de trabalho em altura (PGS-MFS-EHS-302 com o respectivo conteúdo programático da RPV Trabalho em altura não será necessário inserir certificado do treinamento de RPV Trabalho em altura.

- Para o treinamento de RPV Veículos automotores necessário evidenciar a proficiência do instrutor.

## Condução Segura de Veículos



PGS-3212-005

Rev.: 07 - 15/12/2022

Pág.: 2 de 9

### 5.1.2. CAPACITAÇÃO

Todo condutor de veículos devem passar capacitações compatíveis com suas funções e no tipo de veículo que vão conduzir. Somente condutores que passarem pelo treinamento poderão conduzir veículos nas operações da Mosaic Fertilizantes.

O conteúdo e carga horária devem seguir as diretrizes do Guia de Capacitação e a periodicidade de reciclagem do curso será de 3 anos. O treinamento deverá ser ministrado por empresa validada pela área de EHS como por exemplo Roberto Manzini e Sest Senat.

## EVIDÊNCIAS OBRIGATÓRIAS

### CERTIFICADOS

- Conforme previsto na NR 1 - Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais, ao término dos treinamentos inicial, periódico ou eventual, previstos nas NR, deve ser emitido certificado contendo:
  - Nome e assinatura do funcionário
  - Conteúdo programático
  - Carga horária
  - Data
  - Local de realização do treinamento
  - Nome, qualificação dos instrutores (função, CREA/Nº Registro) e assinatura
  - Nome, qualificação do responsável técnico (função, CREA/Nº Registro) e assinatura
- No certificado deve constar por extenso a identificação “e “responsável técnico”, além disso o instrutor deve ter domínio do conteúdo. Exemplo treinamento de NR 10 deve ter como instrutor para conteúdo de Elétrica, profissional com formação técnica e o RT deve ser, por exemplo, um Eng. Eletricista.





# PARTICULARIDADES ATENDIMENTO A GERÊNCIA DE PROJETOS CORRENTES

## MAPEAMENTO DE TREINAMENTOS POR FUNÇÃO

Para avaliação das FITs no status de segurança do trabalho, deverá ser preenchido e enviado para o ponto focal do complexo o mapeamento por função. Essa planilha constará todos os treinamentos que deverão ser inseridos no portal.

|  |  |  |  |                                                                       |  |
|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------|--|
|  |  |  |  | CONTRATO                                                              |  |
|  |  |  |  | NOME DA OBRA                                                          |  |
|  |  |  |  | ID \ EMPRESA                                                          |  |
|  |  |  |  | LOTAÇÃO / UNIDADE                                                     |  |
|  |  |  |  | FUNÇÃO                                                                |  |
|  |  |  |  | PT solicitante                                                        |  |
|  |  |  |  | PT executante                                                         |  |
|  |  |  |  | NR 18 - introdutorio S&S                                              |  |
|  |  |  |  | Conceitos e praticas sobre equipamento de Proteção individual (NR 06) |  |
|  |  |  |  | Operação de Plataforma Elevatória Móvel de trabalho (PEMT)            |  |
|  |  |  |  | Operador de Motoserra                                                 |  |
|  |  |  |  | NR 20 - Curso de Integração                                           |  |
|  |  |  |  | NR 20 - Curso Básico                                                  |  |
|  |  |  |  | NR 20 - Curso Intermediário                                           |  |
|  |  |  |  | NR 20 - Curso Avançado I                                              |  |
|  |  |  |  | NR 20 - Curso Especifico                                              |  |
|  |  |  |  | Condutor de veiculo de emergência                                     |  |
|  |  |  |  | Movimentação de produtos perigosos (MOPP)                             |  |
|  |  |  |  | Produtos Químicos - Sinalização de Segurança                          |  |
|  |  |  |  | RPV e NR 35 - Trabalho em altura                                      |  |

CONTROLE PARA LIBERAO NO PORTAL POR FUNÇÃO

PARTICULARIDADES ATENDIMENTO A GERÊNCIA  
DA UNIDADE - PATROCÍNIO  
DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS – LEVANTAMENTO DE  
NECESSIDADE DE TREINAMENTOS LNTA

- Devem ser mapeados os treinamentos nos procedimentos da Mosaic (corporativos e da unidade) que são aplicáveis a cada colaborador;
- É preenchida pela contratada e inserida no portal;
- Todos os colaboradores devem estar mapeados nessa planilha com seus respectivos treinamentos.

| ANEXO 03 do PGS-MFS-EOP-005 - LNTA - LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE TREINAMENTO NAS ATIVIDADES (MODELO) |      |                          |            |                     |          |               |         |                                |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------|------------|---------------------|----------|---------------|---------|--------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| REV01 Data 03/06/2024                                                                                     |      |                          |            |                     |          |               |         |                                |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Número da Revisão: 00                                                                                     |      |                          |            |                     |          |               |         |                                |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOME EMPREGADO                                                                                            |      | MATRÍCULA                | CARGO (1)  | LOTAÇÃO/UNIDADE (2) | AREA (3) | DOCUMENTOS(4) | LNT (5) | (6) Identificador do Documento |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Empregado 1                                                                                               | 3344 | OPERADOR DE PROCESSOS II | GAFOS/CUBI | GRANULUÇÃO          | Excluir  |               | X       | X                              | X |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                           |      |                          |            |                     |          |               |         |                                |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# MÓDULO MEDICINA OCUPACIONAL

- ASO, atestado médico de liberação regras pela vida e certificado de vacinação são documentos obrigatórios para módulo de medicina
- O empregado só poderá exercer atividade crítica para as atividades que forem considerados aptos no ASO seguindo a matriz de exames regras pela vida.

**NOTA: Atividades críticas que não contemplem exames adicionais na matriz de exames não são obrigatórios no formulário de liberação de tarefas críticas.**

Dados Pessoais

Documentos Pessoais

Segurança do Trabalho

Agendamento da Integração

Medicina Ocupacional

Tela RTC

Ambientação

Segurança Patrimonial

Medicina Ocupacional (2)

| Selecione o Documento | Aprovado? | Validade do Documento |
|-----------------------|-----------|-----------------------|
| Cartão de Vacina      | Sim       | 30/06/2024            |
| ASO                   | Sim       | 12/06/2024            |



MATRIZ DE EXAMES REGRAS PELA VIDA

| ANEXO II: Tabela de Exames Regras pela vida                                                                                                                        |                              |                     |    |     |                   |     |     |                    |     |     |                        |    |     |                   |    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------|----|-----|-------------------|-----|-----|--------------------|-----|-----|------------------------|----|-----|-------------------|----|-----|
| EXAMES E PROCEDIMENTOS MÉDICOS                                                                                                                                     | PERIODICIDADE                | Equipamentos Móveis |    |     | Direção segura    |     |     | Trabalho em Altura |     |     | Bloqueio e Etiquetação |    |     | Içamento de Carga |    |     |
|                                                                                                                                                                    |                              | Liberação Inicial   |    |     | Periódico         |     |     | Ret. Trabalho ACM  |     |     | Ret. Trabalho ACM      |    |     | Ret. Trabalho ACM |    |     |
|                                                                                                                                                                    |                              | Ret. Trabalho ACM   |    |     | Ret. Trabalho ACM |     |     | Ret. Trabalho ACM  |     |     | Ret. Trabalho ACM      |    |     | Ret. Trabalho ACM |    |     |
|                                                                                                                                                                    |                              | Ret. Trabalho ACM   |    |     | Ret. Trabalho ACM |     |     | Ret. Trabalho ACM  |     |     | Ret. Trabalho ACM      |    |     | Ret. Trabalho ACM |    |     |
|                                                                                                                                                                    |                              | Ret. Trabalho ACM   |    |     | Ret. Trabalho ACM |     |     | Ret. Trabalho ACM  |     |     | Ret. Trabalho ACM      |    |     | Ret. Trabalho ACM |    |     |
| Anamnese dirigida com critérios definidos para avaliação: Fadiga e Sono. Exame Físico com foco em: Equilíbrio (Romberg) e Coordenação Motora Avaliação Psicosocial | Periodicidade: Anual         | X                   | X  | X   | X                 | X   | X   | X                  | X   | X   | X                      | X  | X   | X                 | X  | X   |
|                                                                                                                                                                    |                              |                     |    |     |                   |     |     |                    |     |     |                        |    |     |                   |    |     |
|                                                                                                                                                                    |                              |                     |    |     |                   |     |     |                    |     |     |                        |    |     |                   |    |     |
|                                                                                                                                                                    |                              |                     |    |     |                   |     |     |                    |     |     |                        |    |     |                   |    |     |
| Acuidade Visual + Teste de Ishihara                                                                                                                                | Periodicidade: Admissão      | X                   | NA | NA  | X                 | NA  | NA  | NA                 | NA  | NA  | X                      | NA | NA  | X                 | NA | NA  |
| Acuidade Visual                                                                                                                                                    | Periodicidade: Anual         | NA                  | X  | ACM | NA                | X   | ACM | X                  | ACM | ACM | NA                     | X  | ACM | NA                | X  | ACM |
| Audiometria                                                                                                                                                        | Periodicidade: a cada 3 anos | X                   | X  | ACM | X                 | ACM | ACM | ACM                | ACM | ACM | NA                     | NA | NA  | NA                | X  | ACM |
| Avaliação Psicológica – para o manuseio de explosivo                                                                                                               | Periodicidade: Anual         | NA                  | NA | NA  | NA                | NA  | NA  | NA                 | NA  | NA  | NA                     | NA | NA  | NA                | NA | NA  |

# ATESTADO MÉDICO DE LIBERAÇÃO REGRAS PELA VIDA

Dados Pessoais

Documentos Pessoais

Segurança do Trabalho

Agendamento da Integração

Medicina Ocupacional

Tela RTC

Habilitação em Atividade Crítica

Validade do ASO RTC.  
12/06/2024

Anexo RTC

📎 Arquivos 1 arquivos



225.90 KB

1 - ASO RAC ATELTON OLIVEIRA.pdf

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |                                                                                                                                |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| LOGO DA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      | Anexo 14 - ATESTADO MÉDICO DE LIBERAÇÃO REGRAS PELA VIDA<br>PGS-MFS-EHS-208 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional |  |
| Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      |                                                                                                                                |  |
| Matricula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      | Tipo de exame                                                                                                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |                                                                                                                                |  |
| Função                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Area |                                                                                                                                |  |
| ATESTO QUE ESTE EMPREGADO ESTÁ LIBERADO PARA REALIZAR AS SEGUINTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |                                                                                                                                |  |
| ATIVIDADES CRÍTICAS .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |                                                                                                                                |  |
| PRAZO MÁXIMO PARA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |                                                                                                                                |  |
| LIBERAÇÃO DE :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |                                                                                                                                |  |
| <div><div><input type="checkbox"/> Equipamentos Moveis</div><div><input type="checkbox"/> Direção Segura</div><div><input type="checkbox"/> Trabalho em altura</div><div><input type="checkbox"/> Bloqueio e Etiquetagem</div><div><input type="checkbox"/> Içamento de Carga</div><div><input type="checkbox"/> Espaço confinado</div><div><input type="checkbox"/> Proteção de Máquina e Isolamento</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> Segurança em Eletricidade</div><div><input type="checkbox"/> Estabilidade de solos, pilhas e cavas</div><div><input type="checkbox"/> Substancias quimicas perigosas</div><div><input type="checkbox"/> Explosivos</div><div><input type="checkbox"/> Brigadista</div><div><input type="checkbox"/> Monitor de Ponto de Encontro</div></div> |      |                                                                                                                                |  |
| EXAMES MÉDICOS COMPLEMENTARES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |                                                                                                                                |  |
| TIPO DE EXAME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      | DATA                                                                                                                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |                                                                                                                                |  |



```

graph TD
    A[Fiscal de contrato solicita a criação do ID da empresa no portal para o Mercado eletrônico.] --> B[Início da inclusão da documentação legal no portal pela contratada (PGR/PCMSO/PPR/PCA)]
    B --> C[criação dos IDs de cada colaborador e posterior inclusão da documentação necessária]
    C --> D[Crachá do colaborador será impresso e o status visualizado será "Aprovado"]
    B --> E{ID criado?}
    E -- Não --> F[Contratada deverá aguardar a criação]
    E -- Sim --> G{ID aprovado?}
    G -- Não --> H[Contratada deverá realizar as adequações solicitadas pelo fiscal para posterior envio para nova análise]
    G -- Sim --> I[Envio do ID para análise – Fiscal]
    I --> J{ID segue para o próximo status de análise – Segurança do trabalho}
    J -- Não --> K[Contratada deverá realizar as adequações solicitadas para posterior envio para nova análise]
    J -- Sim --> L{ID aprovado?}
    L -- Não --> M[Contratada deverá realizar as adequações solicitadas para posterior envio para nova análise]
    L -- Sim --> N[ID segue para o próximo status de análise – Segurança Patrimonial]
    N --> O{ID aprovado?}
    O -- Não --> P[Contratada deverá realizar as adequações solicitadas para posterior envio para nova análise]
    O -- Sim --> Q[ID segue para o próximo status de análise – Medicina Ocupacional]
    Q --> R{ID aprovado?}
    R -- Não --> H
    R -- Sim --> S[ID segue para o próximo status de análise – Ambientação (Nesse status será analisado a lista de Integração)]
    S --> T{ID aprovado?}
    T -- Não --> H
    T -- Sim --> D
  
```





Português Español

Para mobilização de terceiros, clique aqui

Home Nossas soluções Equipe Sobre nós Clientes Contato Intranet

Comprometida com a segurança, saúde, desenvolvimento humano e tecnológico na gestão das organizações.

INSTITUTO ETHOS

EMPRESA ASSOCIADA

empresa limpa



<https://www.aensolucoes.com.br/>

Português Español

Para mobilização de terceiros, clique aqui

Home Nossas soluções Equipe Sobre nós Clientes Contato Intranet



**ATENÇÃO!!**

No site clique no item destacado

# EMPRESA RESPONSÁVEL PELAS AVALIAÇÕES



**Almeida e Neves**

Soluções em SSO

Almeida e Neves Consultoria em Serviços LTDA.

**Contato/WhatsApp:** (34)3611-0003

**e-mail:** mobilizacao@aensolucoesemssso.com.br

***NOTA: As solicitações para avaliações devem ser encaminhadas para o e-mail da mobilização e caso os documentos voltem para a revisão assim que as pendências forem sanadas deverá ser enviado um novo e-mail solicitando nova avaliação.***





**Almeida e Neves**  
Soluções em SSO

