**Anexo IV**

**Análise de Segurança**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CREA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Responsável Técnico pela elaboração do projeto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na localidade de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no município de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cujo interessado(a) é \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que as informações registradas abaixo, relativas às questões de saúde e segurança do trabalho forma verificadas para realização do projeto elétrico, sendo portanto expressão da realidade verificada:

1. Para execução do trabalho forma considerados os riscos ambientais internos conforme NR 9, Portaria 3214 do Ministério do Trabalho (agentes Físicos, Químicos e Biológicos) para fins de elaboração do PPRA (Programa de Prevenção de Riscos Ambientais).
2. Para execução do trabalho foram considerados os riscos para elaboração do PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) conforme NR 7, Portaria 3214 do Ministério do Trabalho.
3. As atividades em eletricidade deverão atender aos requisitos da Norma NR10 da Portaria 3214 do Ministério do Trabalho.
4. São considerados os seguintes riscos especiais (adicionas) para execução do projeto: (assinalar os itens aplicáveis).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SIM |  | NÃO |  |
|  |  |  |  |  |  |  | a) Requer atividades em Espaço Confinado e/ou em áreas subterrâneas? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | b) Serão utilizadas substâncias inflamáveis? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | c) Serão utilizadas substâncias ou produtos explosivos? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | d) Serão utilizados produtos controlados pela Polícia Federal? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | e) Serão Utilizados produtos controlados pelo Ministério do Exército? |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | f) Outros produtos ou condições especiais? Citar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Data:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome/Assinatura Responsável