**RELATÓRIO DOS RISCOS ENCONTRADOS**

**Observações:** *Sugestão de formulário/relatório para Registro dos Riscos Levantados, preencher um conjunto para cada departamento / setor.*

***A fonte geradora*** *é o que causa o problema. Para se preencher a coluna intitulada* ***nº no mapa*** *é preciso colocar um número diferente em cada círculo do mapa de riscos. Caso o círculo tenha mais de uma cor, coloca se um número em cada uma delas. Desse modo os círculos do mapa poderão ser representados por números nessa coluna*

*Na coluna:* ***Proteção individual/ coletiva****, deve se anotar os equipamentos existentes e o seu uso.*

*Na coluna* ***sugestão para correção*** *deve ser preenchida com as medidas sugeridas para eliminar ou controlar as situações de risco de acidentes de trabalho.*

Departamento / setor: ..................................................................................................

|  |
| --- |
| **GRUPO 1 - RISCO QUÍMICO** |
| Nº do Mapa | Risco Existente | Fonte Geradora | Nº funcionários expostos | Proteção Individual/ Coletiva | Sugestão para correção /Observação |
| Individual | Coletiva |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Departamento / setor: ..................................................................................................

|  |
| --- |
| **GRUPO 1 - RISCO FÍSICO** |
| Nº do Mapa | Risco Existente | Fonte Geradora | Nº funcionários expostos | Proteção Individual/ Coletiva | Sugestão para correção /Observação |
| Individual | Coletiva |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Departamento / setor: ..................................................................................................

|  |
| --- |
| **GRUPO 1 - RISCO BIOLÓGICO** |
| Nº do Mapa | Risco Existente | Fonte Geradora | Nº funcionários expostos | Proteção Individual/ Coletiva | Sugestão para correção /Observação |
| Individual | Coletiva |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Departamento / setor: ..................................................................................................

|  |
| --- |
| **GRUPO 1 - RISCO ERGONÔMICO** |
| Nº do Mapa | Risco Existente | Fonte Geradora | Nº funcionários expostos | Proteção Individual/ Coletiva | Sugestão para correção /Observação |
| Individual | Coletiva |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Departamento / setor: ..................................................................................................

|  |
| --- |
| **GRUPO 1 - RISCO DE ACIDENTES / MECÂNICO** |
| Nº do Mapa | Risco Existente | Fonte Geradora | Nº funcionários expostos | Proteção Individual/ Coletiva | Sugestão para correção /Observação |
| Individual | Coletiva |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |