Formulário de Verificação do Ciclo da Tarefa - VCT
ULC/ISO 0420

ultracargo

Conformidade da VCT
0%

1. DADOS DA VCT

Data da Realização da VCT:	Horário da Realização da VCT:
Nome do Verificador:	Empresa ou área do Verificador:
Nome (s) do (s) executante (s) da tarefa a ser Verificada:	
Função do verificado:	Tempo de experiência na execução da atividade:
Empresa ou área do executante da tarefa a ser Verificada:	Terminal e Área onde está sendo realizda a VCT:
Descrição da Tarefa Verificada	Número do Procedimento associado a Tarefa (se houver)

2. MOTIVOS PARA VCT

	Acidente Ocorrido:		Procedimento Novo/Revisado:
	Tarefa Crítica		Outro Motivo (especificar):

3. DESCRIÇAO DOS ITENS VERIFICADOS

3.1 PROCEDIMENTO/PADRÃO/PRÁTICA	Sim	Não	NA
3.1.1 Existe procedimento escrito para a tarefa Verificada?			
3.1.2 As Etapas estão sendo praticadas conforme procedimento?			
3.1.3 O procedimento Contempla situações de emergência?			
3.1.4 O Procedimento está atualizado?			
3.1.5 O Procedimento está completo?			
3.1.6 O Procedimento é conhecido pelo executante?			
3.1.7 O Procedimento está disponível?			
3.1.8 Todos os pré-requisitos para a realização da tarefa foram atendidos?			

3.2 EQUIP. PROTEÇÃO INDIVIDUAL	Sim	Não	NA
3.2.1 Estão adequados para a tarefa?			
3.2.2 Estão em Bom estado de conservação?			
3.2.3 Estão sendo usados (sem desvio)?			

3.3 EQUIPAMENTOS E FERRAMENTAS	Sim	Não	NA
3.3.1 São adequados para a tarefa Verificada?			
3.3.2 Estão sem improvisação e utilizados de forma correta?			
3.3.3 Estão em Bom estado de conservação e funcionamento?			
3.3.4 Estão com a Alimentação de energia adequada?			
3.3.5 Estão com suas respectivas salvaguardas (proteções/bloqueios)?			
3.3.6 Estão disponíveis			
3.3.7 Estão sendo Utilizados de forma correta?			

3.4 TREINAMENTO PARA A TAREFA	Sim	Não	NA
3.4.1 Os executantes da tarefa foram treinados para executar a mesma?			
3.4.2 Os executantes sabem o que fazer em casos de emergência?			
3.4.3 Os executantes foram ambientados?			

3.5 ENTORNO/ORDEM/LIMPEZA	Sim	Não	NA
3.5.1 O Local da tarefa está limpo e organizado?			
3.5.2 Os Caminhos (piso) estão adequados?			
3.5.3 O Lay-out está adequado ?			
3.5.4 Existe o correto acondicionamento de resíduos?			
3.5.5 Foi avaliado o risco de impacto ambiental?			

3.6 INSTAL. FIXAS ASSOCIADAS A TAREFA	Sim	Não	NA
3.6.1 As Partes móveis estão protegidas?			
3.6.2 Os Acessos e Isolamentos estão adequados?			
3.6.3 O Posicionamento está seguro para a tarefa?			

3.7 ASPECTOS ERGONÔMICOS	Sim	Não	NA
3.7.1 O Esforço físico está adequado?			
3.7.2 A Iluminação está adequada?			
3.7.3 O Espaço para realizar a tarefa está adequado?			
3.7.4 A Postura adotada está adequada?			

3.8 EXPOSIÇÃO AO RISCO CONTROLADA	Sim	Não	NA
3.8.1 Existe proteção para Queda com diferença de nível?			
3.8.2 Foram tomadas ações para não existir Queda de objetos?			
3.8.3 Foram tomadas ações para não haver Exposição a temperaturas extremas?			
3.8.4 Foram tomadas ações para não haver Contatos elétricos diretos/Indiretos?			
3.8.5 Foram tomas ações contra a Exposição a contaminantes quím. e tóxicos?			
3.8.6 Foram tomadas açoes contra a Exposição a contaminantes biológicos?			
3.8.7 O sistema de iluminação está íntegro?			

3.9 AGRAVENTES OU ATENUANTES DO AMBIENTE	Sim	Não	NA
3.9.1 Foram tomadas ações de prevenção de possíveis Interferências de outros serviços no local?			
3.9.2 O executante está realizando o serviço **sem** pressa?			
3.9.3 O custo de realização da tarefa está dentro do padrão?			

Outras Observações:

Descreva os aspectos das atividades que mereçam elogios quanto ao desempenho

Descreva as recomendações para alterações de procedimentos, métodos, equipamentos, materiais ou fator ambiental, que melhore a segurança do trabalho, a saúde do empregado, a qualidade, a produtividade, o meio ambiente e custos.

Item	Descriçâo das Recomendações	Responsável	Prazo

Inserir as ações geradas no VCT no Gerenciador de Ações

Assinaturas (não obrigatório):

Verificadores(es)	**Verificado(s)**