**Avaliação de Risco de Trabalho Doméstico**

Utilize a seguinte avaliação simples de risco para **descobrir o quão seguro seu espaço de trabalho doméstico realmente é**. Observe os riscos na primeira coluna, responda 'sim' ou 'não' conforme aplicável e, em seguida, anote o que precisa ser feito para reduzir ou eliminar o risco, se necessário.

Após concluir a avaliação de risco, envie uma cópia por e-mail para a equipe da CIPA local: [cipatla@terex.com](mailto:cipatla@terex.com)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Risco** | | **Sim/Não** | **Ação Necessária** |
| Área da Mesa | | | |
| Você tem um espaço adequado para trabalhar confortavelmente | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| A superfície da mesa está livre de reflexos e brilhos intensos? (A superfície da mesa causa brilho) | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Há espaço suficiente embaixo da mesa para esticar as pernas? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Existem cabos elétricos em torno de sua área de trabalho que precisem ser amarrados? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| A sua área de trabalho é bem iluminada e bem ventilada? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Você precisa de uma luminária de mesa para melhorar a iluminação? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Sua área de trabalho está organizada para que você possa se concentrar facilmente na tarefa? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
|  |  |  |  |
| Configuração de Telas de Exibição | | | |
| A cadeira da sua mesa está configurada corretamente? A parte inferior das costas está apoiada, há apoios de braço e os pés estão apoiados no chão? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Você tem espaço suficiente na superfície de sua mesa para trabalhar confortavelmente? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Seu teclado e mouse estão limpos e com fácil acesso, sem precisar se esticar? | |  |  |
| Você pode ajustar a inclinação do seu teclado? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| O seu teclado está em boas condições de funcionamento com caracteres legíveis? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| A tela do seu monitor está limpa e posicionada de forma que não haja brilho de alguma janela ou luz? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| A tela do monitor está nivelada com os olhos para não causar desconforto no pescoço ou na cabeça? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| O tamanho da sua tela é adequado para o tipo de trabalho que você executa? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Você pode girar e inclinar sua tela? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Você consegue alcançar facilmente tudo o que precisa sem torcer e forçar a parte superior do corpo? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
|  | |  |  |
| Software | | | |
| O software em seu computador é adequado para as tarefas que você precisa executar e você sabe como utilizá-lo? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
|  | | | |
| **Segurança contra Incêndio e Elétrica** | | | |
| Você descarta regularmente o lixo, incluindo papéis, para evitar o acúmulo de “combustível” de incêndio? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Algum equipamento elétrico faísca ou apresenta sinais de queimadura e, portanto, precisa ser retirado de uso? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Algum fio parece danificado ou desgastado e precisa ser removido após o uso? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Você inspeciona regularmente seu equipamento elétrico para verificar se há sinais de desgaste? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Você desliga o equipamento quando não está em uso? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Você tem providências de emergência em caso de incêndio? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
|  | | | |
| **Stress e Bem Estar** | | | |
| Você faz pausas regulares longe de sua estação de trabalho? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Você faz alongamentos regularmente em sua mesa para evitar músculos rígidos ou doloridos? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Você se senta com uma boa postura ou curvado sobre a mesa? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Você tem acesso fácil a equipamentos de primeiros socorros, se necessário? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Se você usa um computador regularmente, você faz exames de vista todos os anos? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Você consegue alcançar facilmente tudo o que precisa sem torcer e forçar a parte superior do corpo? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
|  | | | |
| **Manuseio manual** | | | |
| Todos os itens necessários para o trabalho estão ao seu alcance? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Os itens pesados são armazenados nas prateleiras inferiores para evitar a necessidade de baixá-los? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Você sabe pegar, carregar e abaixar corretamente objetos pesados? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
|  | | | |
| **Deslizes, Tropeços e Quedas** | | | |
| Os revestimentos do piso, como carpetes e tapetes, são seguros? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Você costuma carregar bebidas quentes e comida para cima e para baixo e corre o risco de tropeçar? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| As escadas e corredores estão livres de perigos de tropeços? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| A área do chão ao redor de sua mesa está livre de caixas, papéis e fios? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
|  | | | |
| **Trabalho solitário** | | | |
| Você está familiarizado com a política de saúde e segurança no trabalho isolado do seu empregador? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Você sabe o nome e o número de um gerente ou supervisor com quem pode entrar em contato facilmente? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Sua casa é mantida em segurança enquanto você trabalha nela? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Os arquivos e laptops importantes são mantidos trancados com segurança quando não estão em uso? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
|  | |  |  |
| **Geral** | | | |
| Você já apresentou algum desconforto (por exemplo, dores de cabeça frequentes ou dores no pescoço e nas costas) que atribui ao trabalho em sua estação de trabalho? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Esta avaliação de risco abrangeu todos os problemas que você pode ter ao trabalhar com seu equipamento com tela de exibição? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Por favor, quaisquer perigos adicionais que você possa estar ciente em sua casa. Observe quais pequenos perigos não devem ser ignorados. | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Liste todos os equipamentos elétricos fornecidos. | |  | Clique aqui para inserir o texto. |
| Existem outros aspectos do trabalho domestico que o preocupam? | |  | Clique aqui para inserir o texto. |

|  |  |
| --- | --- |
| Número de Ações Necessárias | Clique aqui para inserir o texto. |
|  | |
| Data de Ações Concluídas | Clique aqui para inserir o texto. |

Nome do seu Getor: Inserir o nome aqui Clique aqui para inserir uma data.

Membro da Equipe: Inserir o seu nome aqui Clique aqui para inserir uma data.