

Lista De Verificação De Ergonomia Na Linha De Montagem: Práticas De Saúde E Segurança No Ambiente De Trabalho Da Indústria De Manufatura. Checklist

Layout e design da estação de trabalho

Avalia a disposição física do posto de trabalho para garantir o alcance, a postura e o movimento ideais.

Altura da superfície de trabalho (em polegadas)

Distância até a ferramenta mais próxima utilizada com frequência (em polegadas)

Material da superfície de trabalho

- Madeira
- Metal
- Tapete Antifadiga
- Outros

Avaliação do Alcance Máximo

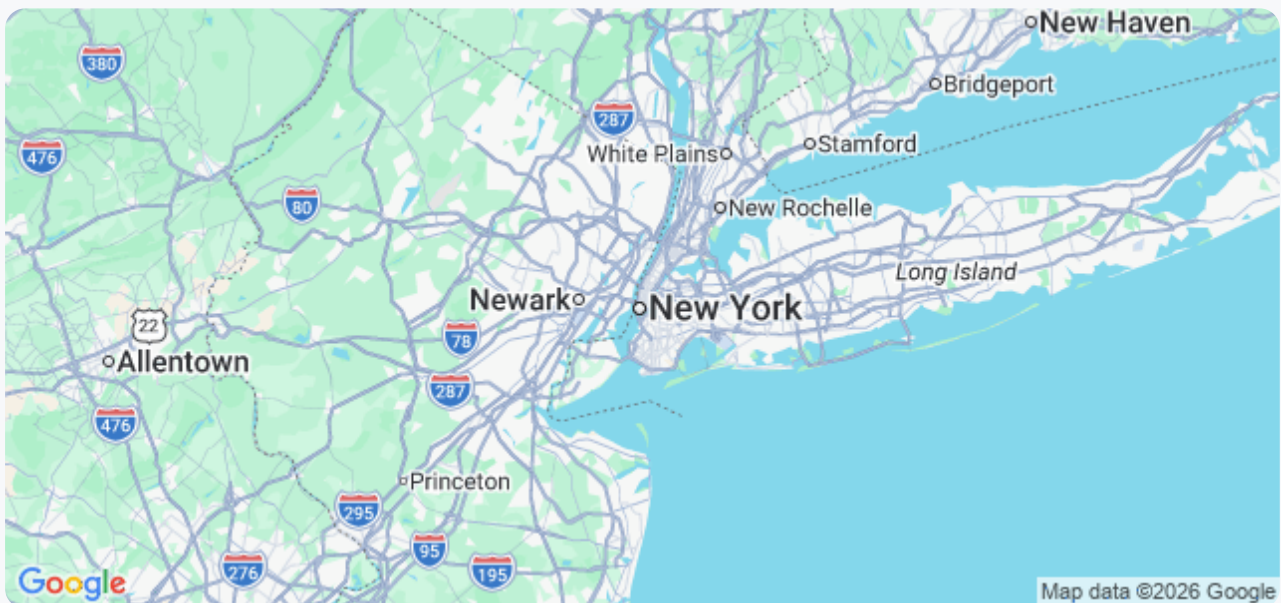
- Ótimo; ideal; perfeito.
- Requer ajuste.
- Alcance Excessivo

Observações sobre a organização do espaço de trabalho

Escreva alguma coisa...

Coordenadas da estação de trabalho

 [Set My Current Location](#)



Avaliação de Ferramentas e Equipamentos

Avalia o design e a usabilidade de ferramentas e equipamentos, com o objetivo de minimizar o esforço e os movimentos repetitivos.

Ajuste do Peso da Ferramenta

- Adequado.
- Muito pesado.
- Muito leve.

Diâmetro do cabo (mm)

Insira um número...


Conforto no manuseio da ferramenta

- Confortável
- Relativamente confortável.
- Inconfortável

Descreva quaisquer dificuldades que tenha encontrado ao usar a ferramenta.

Escreva alguma coisa...

Carregue uma foto da ferramenta/equipamento.

 Upload File

Nível de Vibração do Equipamento

- Aceitável
- Notável
- Exagerado, excessivo.

Procedimentos de Manuseio de Materiais

Analisa métodos para levantar, transportar e posicionar materiais, com o objetivo de reduzir o risco de lesões.

Peso médio do levantamento (em libras)

Insira um número...

Frequência de elevação (elevações/hora)

Insira um número...

Método de Elevação (Manual, com Assistência, Automatizado)

- Manual
- Com assistência (por exemplo, com um elevador)
- Automatizado (por exemplo, sistema de transporte por correia)

Equipamentos de auxílio utilizados (marque todas as opções aplicáveis)

- Carrinhos de mão
- Empilhadeiras de paletes
- Empilhadeiras
- Guinchos
- Bonecas
- Nenhum.

Descreva o procedimento de manuseio de materiais.

Escreva alguma coisa...

Estado do Treinamento dos Funcionários

- Treinado
- Não foi treinado.

Postura do Trabalhador e Mecânica Corporal

Observa a postura e os padrões de movimento dos trabalhadores durante as tarefas de montagem.

Alcance (em polegadas)

Insira um número...

Postura corporal típica observada (selecione uma opção)

- Em pé; vertical; correto; íntegro.
- Inclinação para a frente
- Dobrando
- Torcendo
- Posição desconfortável.

Descreva quaisquer movimentos corporais incomuns que tenham sido observados.

Escreva alguma coisa...

Nível de flexão do tronco (selecione uma opção)

- Mínimo
- Moderado
- Significativo

Frequência de movimentos repetitivos de flexão/torção (vezes por minuto)

Insira um número...

Observações sobre o nível de conforto dos trabalhadores (comentários orais)

Escreva alguma coisa...

Análise de Movimentos Repetitivos

Identifica e avalia tarefas que envolvem movimentos altamente repetitivos.

Número estimado de ciclos por hora.

Insira um número...

Tipo principal de movimento (por exemplo, flexão do punho, rotação do ombro)

- Flexão/Extensão do Punho
- Rotação do ombro
- Flexão/Extensão do cotovelo
- Movimentos dos Dedos/Polegar
- Outro (especifique no campo de texto longo)

Descrição dos movimentos repetitivos (se a opção «Outro» for selecionada acima)

Escreva alguma coisa...

Duração média do ciclo de movimentos repetitivos (em segundos)

Insira um número...

Possíveis Fatores de Risco Observados (Marque todos os que se aplicam)

- Postura Desajeitada
- Uso excessivo da força
- Alta taxa de repetição
- Falta de pausas.
- Formação Insuficiente

Comentários/Preocupações dos Trabalhadores Relativamente a Movimentos Repetitivos

Escreva alguma coisa...

Ações urgentes necessárias (se aplicável)

- Nenhum
- Ajuste a altura da estação de trabalho.
- Modificar a Sequência de Tarefas
- Fornecer dispositivo de assistência.
- Ofereça formação complementar.

Iluminação e Visibilidade

Avalia as condições de iluminação adequadas e a visibilidade dos trabalhadores, a fim de minimizar erros e reduzir o esforço físico.

Nível de luminosidade ambiente (Lux)

Tipo de fonte de luz

- LED
- Fluorescente
- Incandescente
- Natural
- Outros

Problemas de visibilidade detetados.

- Brilho intenso
- Sombras
- Reflexões
- Iluminação insuficiente
- Nenhum.

Áreas específicas com baixa visibilidade.

Escreva alguma coisa...

Data da última inspeção de iluminação

Insira a data...

Formação e Educação

Confirma que os trabalhadores receberam formação adequada sobre os princípios da ergonomia e as práticas de trabalho seguras.

Conclusão do Módulo de Formação (Ergonomia 101)

- Concluído
- Em andamento.
- Não iniciado.

Data da última formação em ergonomia.

Insira a data...

Número total de horas de formação em ergonomia recebidas.

Insira um número...

Confirmação do Supervisor sobre a Adequação do Treinamento

- Sim
- Não

Observações sobre o conhecimento dos princípios de ergonomia por parte dos funcionários

Escreva alguma coisa...

Equipamento de proteção individual (EPI)

Verifica a disponibilidade e o uso adequado dos EPI (Equipamentos de Proteção Individual), quando aplicável.

Equipamento de proteção individual (EPI) necessário para a tarefa.

- Óculos de proteção
- Luvas
- Proteção auditiva
- Respirador
- Calçado de segurança
- Protetor facial
- Avental

Estado dos calçados de segurança (de 1 a 10, sendo 10 o estado excelente)

Insira um número...

Tipo de luva

- Nitrilo
- Látex
- Couro
- Resistente a cortes

Data do teste de vedação da máscara respiratória (se aplicável)

Data da Última Inspeção dos Óculos de Proteção

Insira a data...

Comentários e Melhoria Contínua

Cria um sistema para que os trabalhadores possam dar o seu feedback e contribuir para as melhorias contínuas em matéria de ergonomia.

Sugestões dos trabalhadores para melhorias ergonômicas

Escreva alguma coisa...

Número de problemas de ergonomia registados neste período.

Insira um número...

Os trabalhadores ficaram satisfeitos com as recentes adaptações ergonômicas?

- Sim
- Não
- Neutro

Data da última reunião de avaliação de ergonomia.

Insira a data...

Quais áreas necessitam de uma investigação mais aprofundada, com base no feedback recebido?

- Disposição da estação de trabalho
- Ferramentas
- Manuseio de Materiais
- Formação

Resumo das ações a serem tomadas decorrentes da reunião de avaliação.

Escreva alguma coisa...