|  |  |
| --- | --- |
| LOCAL : | BANCO: |
| INSPECIONADO POR: CARGO: | |

INSPEÇÃO Nº ....................... DATA: ........... / ........... / ............ TURNO: ..............................

INSPEÇÃO Nº ....................... DATA: ........... / ........... / ............ TURNO: ..............................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RETOMAGEM DE PILHAS** | | | | |
| **Itens** | **Itens de validação** | | | |
| 01 | Box / Pilha de retomagem **(a)** | | | |
| 02 | Mistura para retomagem (b) | | | |
| **Itens** | **Itens de validação** | **Status** | | **Observação** |
| 03 | A pilha está conforme projeto? | SIM ( ) NÃO ( ) | |  |
| 04 | Aspecto físico da pilha**(c)** | SIM ( ) NÃO ( ) | |  |
| 05 | Segurança para retomagem.(d) | SIM ( ) NÃO ( ) | |  |
| 06 | Condições do piso/trajeto. | SIM ( ) NÃO ( ) | |  |
| 07 | Condições da moega de alimentação. | SIM ( ) NÃO ( ) | |  |
| 09 | Condições do Box. | SIM ( ) NÃO ( ) | |  |
| 10 | Condições da pá carregadeira/ escavadeira  - Alarmes  - Farois  - Pneus  - Radio comunicação. | SIM ( ) NÃO ( ) | |  |
| 11 | Pilha liberada para retomagem? | SIM ( ) NÃO ( ) | |  |
| Assinatura Operador da Área: | | | Assinatura Operador da Pá carregadeira: | |
| (a) Anotar pilha(s) a retomar.  (b) Anotar a mistura a ser feita.  (c) Verificar situações anormais que dificultem a retomagem e a continuidade do processo.( umidade/granulometria)  (d) Risco de desmoronamento.  Obs.: Fazer um check-list para cada pilha , anotando a mistura casou houver.  **Alterações nas situações analisadas indica necessidade de uma nova avaliação.**  **Qualquer situação anormal (NÃO), entrar em contato imediatamente com o supervisor.** | | | | |

APTO AO TRABALHO INAPTO AO TRABALHO

ASSINATURA: ...................................................

RESPONSÁVEL INSPEÇÃO: .............................................................................................

|  |
| --- |
| AÇÕES DE BLOQUEIO |

Declaro que as ações de bloqueio necessárias e indicadas no documento foram efetivadas

DATA: .......... / ........... / .........

**APTO AO TRABALHO INAPTO AO TRABALHO**

ASSINATURA: ...................................................

RESPONSÁVEL EMPRESA: ...........................................................................................

OBS. Em caso positivo das ocorrências citadas acima o setor responsável deve ser comunicado.