

	<b>CHECK-LIST DE VERIFICAÇÃO DA FALHA HUMANA</b>		DATA DA INSPEÇÃO / /
			FOLHA - 1 / 3 -
GERÊNCIA	INSPECIONADO POR: _____	ACIDENTE INSPECIONADO: _____	

### ITENS DA INSPEÇÃO

<b>01</b>	<b>DESCONHECIMENTO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
1.1	O funcionário era novo no posto de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	O funcionário havia recebido treinamento operacional do posto de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	O funcionário teve treinamento de integração no grupo de trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Havia necessidade de permissão ou liberação para o trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	O funcionário recebeu algum treinamento para reconhecer /avaliar riscos (APR)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>02</b>	<b>CAPACITAÇÃO INSUFICIENTE</b>		
2.1	O funcionário recebeu habilitação formal para a tarefa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	O funcionário recebeu treinamento de reciclagem para a tarefa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Houve desvio de função?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Foi feita alguma avaliação de desempenho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	O funcionário tem as habilidades necessárias para a tarefa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>03</b>	<b>FADIGA</b>		
3.1	O funcionário realiza horas extras regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	O ritmo de trabalho estava acelerado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	O funcionário realiza pausas durante o trabalho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	O funcionário estava com excesso de horas no banco de horas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	O trabalho exige esforço físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	O ambiente de trabalho é desfavorável (ruído, calor, ventilação, etc)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>04</b>	<b>APTIDÃO (FÍSICA E MENTAL)</b>		
4.1	O funcionário esteve adoentado recentemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	O funcionário está apto fisicamente para a função?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Existia algum fator de desequilíbrio emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	O funcionário tem algum problema com relação à dependência química?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	Existia algum problema relacionado a stress?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6	Existia algum problema social ou familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>05</b>	<b>COMPORTEAMENTO INADEQUADO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
5.1	Baseou seu comportamento na (in)tolerância da chefia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Tentou ganhar tempo? Ou poupar esforço?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Desrespeitou procedimento conhecido ? Ou práticas pertinentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	<b>CHECK-LIST DE VERIFICAÇÃO DA FALHA HUMANA</b>	DATA DA INSPEÇÃO / /
		FOLHA - 3 /3 -
GERÊNCIA	INSPECIONADO POR: _____	ACIDENTE INSPECIONADO: _____

\_\_\_\_\_  
**Assinatura**