

| | | |
|------------------|---|--|
| SEGURANÇA | SISTEMA DE GESTÃO DA SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO | |
| | FORMULÁRIO DE DISTRIBUIÇÃO / DEVOLUÇÃO DE EPI's | |

| | | |
|-----------------------------|--|----------------|
| Nome do Trabalhador: | | Número: |
| Função: | | |
| Área Funcional: | | |
| Local: | | |

| RISCOS A PROTEGER ASSOCIADOS A FUNÇÃO | | | |
|--|--|-------------------------|--|
| 1 – Quedas em altura | | 11 – Pancadas na cabeça | |
| 2 – Quedas ao mesmo nível | | 12 – Cortes | |
| 3 – Queda de objectos | | 13 – Estilhaços | |
| 4 – Queda por escorregamento | | 14 – Entalamentos | |
| 5 – Objectos pontiagudos ou cortantes | | 15 – Electrocussão | |
| 6 – Esmagamento do pé | | 16 - _____ | |
| 7 – Torção do pé | | 17 - _____ | |
| 8 – Choque ao nível dos maléolos | | 18 - _____ | |
| 9 – Choque ao nível do metatarso | | 19 - _____ | |
| 10 – Choque ao nível da perna | | 20 - _____ | |

| Ref. | Designação do E.P.I. | Riscos (1) | Recepção (2) | Devolução (3) |
|------|----------------------|------------|----------------|----------------|
| | | | Data: __/__/__ | Data: __/__/__ |
| | | | Ass.: _____ | Ass.: _____ |
| | | | Data: __/__/__ | Data: __/__/__ |
| | | | Ass.: _____ | Ass.: _____ |
| | | | Data: __/__/__ | Data: __/__/__ |
| | | | Ass.: _____ | Ass.: _____ |
| | | | Data: __/__/__ | Data: __/__/__ |
| | | | Ass.: _____ | Ass.: _____ |
| | | | Data: __/__/__ | Data: __/__/__ |
| | | | Ass.: _____ | Ass.: _____ |

(1) Indicar Códigos de acordo com a tabela acima (2) Assinatura do Trabalhador (3) Assinatura de quem receber

DECLARAÇÃO

| | |
|---|-------------|
| Declaro que recebi os Equipamentos de Protecção Individual acima mencionados, Comprometendo-me a utilizá-los correctamente de acordo com as instruções recebidas, a conservá-los e mantê-los em bom estado, e a participar todas as avarias ou deficiências que tenha conhecimento. | |
| Data: __/__/__ | Ass.: _____ |
| NOME: _____ | DATA: _____ |
| Responsável pela Segurança Ass.: _____ | |
| NOME: _____ | DATA: _____ |
| Director da Área Funcional Ass.: _____ | |