

Checklist de EPI's

SETOR: _____

NOME: _____ DATA: _____

NO.	NOME	SIM	NÃO
1	CAPACETE DE PROTEÇÃO; A,B H700		
2	ÓCULOS DE PROTEÇÃO		
3	CALÇADO DE PROTEÇÃO CA42374		
4	MANGA ISOLANTE		
5	MÁSCARA DE SEGURANÇA		
6	PROTETOR AURICULAR		
7	CINTO DE SEGURANÇA		
8	CALÇADO ISOLANTE		
9	PERNEIRA ISOLANTE		
10	LUVAS ISOLANTES		
11	PROTETOR FACIAL		
12	ROUPA ANTI-CHAMA		
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

DECLARO QUE RECEBI ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO CONFORME PROCEDIMENTOS REALIZADOS NESTA.

RESPONSÁVEL PELO SETOR: _____

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO: _____