

	<b>DISTRIBUIÇÃO DE EPI E INFORMAÇÃO SOBRE RISCOS</b>	Número: _____	Pág.: ____ / ____
	Dono da Obra: _____		
	Obra: _____		
	Adjudicatário: _____		

<b>Nome do Trabalhador</b> (Tratando-se do trabalhador independente assinalar aqui <input type="checkbox"/> )	<b>Categoria</b>	<b>N.º B.I.</b>
Empregador: <input type="checkbox"/> Adjudicatário <input type="checkbox"/> Subempreiteiro (Empresa: _____)		

Ref. <sup>a</sup>	Designação do EPI	Riscos <sup>(1)</sup>	Recepção <sup>(2)</sup>	Devolução <sup>(3)</sup>
			Data: ____/____/____ Ass.: _____	Data: ____/____/____ Ass.: _____
			Data: ____/____/____ Ass.: _____	Data: ____/____/____ Ass.: _____
			Data: ____/____/____ Ass.: _____	Data: ____/____/____ Ass.: _____
			Data: ____/____/____ Ass.: _____	Data: ____/____/____ Ass.: _____
			Data: ____/____/____ Ass.: _____	Data: ____/____/____ Ass.: _____

RISCOS A PROTEGER	
1 - Quedas em altura	13 - Estilhaços
2 - Quedas ao mesmo nível	14 - Entalamentos
3 - Queda de objetos	15 - Eletrocussão
4 - Queda por escorregamento	16 - Queimaduras
5 - Objetos pontiagudos ou cortantes	17 - Radiações Luminosas
6 - Esmagamento do pé	18 - Projeções de metais em fusão
7 - Torção do pé	19 - Ruído
8 - Choque ao nível dos maléolos	20 - Intempéries
9 - Choque ao nível do metatarso	21 - Poeiras
10 - Choque ao nível da perna	22 - Gases/Vapores Ruído
11 - Pancadas na cabeça	23 -
12 - Cortes	24 -

<sup>(1)</sup> Indicar códigos de acordo com a tabela abaixo    <sup>(2)</sup> Data e assinatura do trabalhador    <sup>(3)</sup> Data e assinatura de quem recebe a devolução

<p align="center"><b>DECLARAÇÃO</b></p> <p>Declaro que recebi os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) acima mencionados e que fui informado dos respetivos riscos que pretendem proteger, comprometendo-me a utilizá-los corretamente de acordo com as instruções recebidas, a conservá-los e mantê-los em bom estado, e a participar ao meu superior hierárquico todas as avarias ou deficiências de que tenha conhecimento.</p> <p>Mais declaro que fui informado estar coberto por seguro de acidentes de trabalho através da apólice n.º _____ da Companhia de Seguros _____ em nome de _____</p> <p>Trabalhador Ass.: _____ Data: ____/____/____</p>
--

Responsável do Adjudicatário pela SST	Diretor Técnico da Empreitada / Obra
---------------------------------------	--------------------------------------