IBSAÚDE
INSTITUTO BRASILEIRO DE SAÚDE ENSINO PESQUISA E EXTENSÃO PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO

FICHA DE CONTROLE E ENTREGA DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

Nome:	Nº matricula:	Data de admissão:
Função:	Unidade de saúde:	Data demissão:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

DECLARO para os devidos fins que recebi gratuitamente os EPI's (Equipamento de proteção individual) abaixo descritos e me comprometo, nos termos da NR 06 (Portaria nº 3.214/78):

- Usá-los apenas para as finalidades a que se destinam;
- Responsabilizar-me por sua guarda e conservação;
- Comunicar ao empregador qualquer modificação que os tornem impróprios para o uso;
- Responsabilizar-me por dano causado pelo uso inadequado ou fora das atividades a que se destinam;
- Responsabilizar-me pelo seu extravio e devolve-lo por ocasião do meu desligamento da empresa. **DECLARO** estar ciente que o uso seu é obrigatório, nos termos da Lei nº 6.514 de 22/12/77, art. 158. **DECLARO** ainda, que recebi treinamento referente ao uso/conservação do EPI segundo as Normas de Saúde e Segurança do trabalho e **AUTORIZO** descontar de meus vencimentos a importância referente ao custo de materiais que, por ventura, por mim sejam extraviados ou danificados por forma negligente.

DATA:		NOME COMPLETO DO COLABORADOR:	

DATA		QUANT.	TAM.	DESCRIÇÃO DO EQUIPAMENTO	N° DO C.A.	NOME COMPLETO DO COLABORADOR POR EXTENSO
RETIRADA	DEVOLUÇÃO					

Também informo que enquanto exercia minhas funçoes tinha a minha disposição e foi me orientado o uso de : Avental descartavél,touca descartavél, máscara descartavél N95,máscara cirurgica descartavél ,face shield e luvas de procedimentos descartaveis, luvas de borracha para higienização.

R.Siqueira Campos,1184 no 15º andar Porto Alegre-RS,