

**1. SOLICITANTE**

SERVIDOR (A) REQUERENTE		BM
CARGO	FUNÇÃO	
UNIDADE		
GERENTE		
E-MAIL DA UNIDADE		TELEFONE

**2. MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**

IDENTIFICAÇÃO DO EPI

FABRICANTE

<input type="checkbox"/> FOLGA NOS TIRANTES	<input type="checkbox"/> OUTROS (especifique)
<input type="checkbox"/> FOLGA NO QUEIXO	
<input type="checkbox"/> NÃO AJUSTA NAS LATERAIS	
<input type="checkbox"/> NÃO AJUSTA NO CLIPE NASAL	

**3. AVALIAÇÃO DA GERÊNCIA DE SEGURANÇA DO TRABALHO****3.1 FATORES DE INTERFERÊNCIA NA VEDAÇÃO DA MÁSCARA**

SIM

NÃO

Obs.:

TRABALHADOR APRESENTA PELOS NA FACE QUE INTERFERIRAM NA ADERÊNCIA DA MÁSCARA?

HÁ USO SIMULTÂNEO DA MÁSCARA COM OUTROS EPIS? SE SIM, QUAIS?

APRESENTA SENSIBILIDADE DÉRMICA AO MATERIAL DA MÁSCARA?

USO DE ACESSÓRIO FACIAL INCOMPATÍVEL COM A MÁSCARA?

USO DE PRODUTO FACIAL (CREME, LOÇÃO) QUE PROVOQUE O DESLIZAMENTO DO EPI?

TRABALHADOR RECEBEU ORIENTAÇÃO PARA USO ADEQUADO DA MÁSCARA?

**3.2 DESEMPENHO DO PRODUTO (SELAGEM NA FACE DO USUÁRIO)**

SIM

NÃO

Obs.:

TAMANHO DA MÁSCARA COBRE A EXTENSÃO DO OSSO NASAL ATÉ O QUEIXO?

APRESENTA PONTOS DE FOLGA ENTRE A FACE E A MÁSCARA?

APRESENTA TENSÃO OU FOLGA NOS TIRANTES?

O CLIPE NASAL PROMOVE AJUSTE ADEQUADO?

APRESENTA AJUSTE ADEQUADO NO QUEIXO?

PRODUTO APRESENTA ALGUMA DEFORMIDADE?



**3.4 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

--

**3.5 PARECER**

<input type="checkbox"/> APROVADO <i>(A máscara não apresenta falha na vedação)</i>		CONSIDERAÇÕES
<input type="checkbox"/> REPROVADO <i>(A máscara apresenta falha na vedação)</i>		
DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO (A) RESPONSÁVEL TÉCNICO	BM-DV
DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO (A) RESPONSÁVEL TÉCNICO	BM-DV
DATA	CARIMBO E ASSINATURA DO (A) GERENTE DA GERÊNCIA DE SEGURANÇA DO TRABALHO	BM-DV