S. R. REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA	**CONTROLO DE EQUIPAMENTOS DE APOIO**	Número _____	Página ___/___
	Obra: **Direção Regional de Estradas – S. R. E. I. – Governo Regional – R.A.Madeira**	Código:	

Reg. N.º	Equipamento de Apoio				Revisões Periódicas / Calibração / Aferição					Certificação Acústica			Estado do EQ		Não Conf. N.º	Rubrica do Resp. pelo controlo	Subst. Reg. N.º
	Código	Designação	N.º Série	Ano Fabrico	R, C ou A	Data da Última	Em dia ?		Data prevista da próxima	Não Aplicável / Possui ?			Conforme ?				
							Sim	Não		NA	Sim	Não	Sim	Não			

Preparado por: ___/___/_____	Verificado por: ___/___/_____	Aprovado por: ___/___/_____