	CONTROLO DE EQUIPAMENTOS DE APOIO	Número _____	Página ___/___
smas torres vedras	Empreitada: **"Remodelação da Estação Elevatória de Esgotos de Santa Rita"**	Código:	
	Dono da Obra: Serviços Municipalizados de Torres Vedras	Fiscalização:	
	Entidade Executante:		

Reg. N.º	Equipamento de Apoio				Revisões Periódicas					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	NA	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: ___/___/_____