SMAS SINTRA SERVIÇOS MUNICIPALIZADOS DE ÁGUA E SANEAMENTO DE SINTRA	**FICHA DE CONTROLO E GESTÃO DE CAIXA/ARMÁRIO DE PRIMEIROS SOCORROS**	ANO: _____

Localização da Caixa/Armário de Primeiros Socorros: _____

Responsável pela Gestão (Primeiro Socorrista): _____

Conteúdo da Mala de Primeiros Socorros	Prazo Validade	Verificação Anual	
		Conformidade (S/N)	Observações (justificar não conformes)

Verificado por _____

Data _____