



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

Nº 000001

Check List Veículos

Marca: _____ Modelo: _____ Patrimônio: _____

Check List

Ítems	Descrição	C	NC	NA	Observação/Medidas
1	Freio de pé				
2	Freio de estacionamento				
3	Motor de partida				
4	Limpador de para brisa				
5	Lavador de para brisa				
6	Buzina				
7	Farois				
8	Lanternas dianteiras (seta)				
9	Lanternas traseiras (seta)				
10	Luz de freio				
11	Luz de ré				
12	Triângulo de advertência				
13	Extintor de segurança				
14	Espelhos retrovisores				
15	Indicadores de painel				
16	Condições dos Pneus				
17	Pneu estepe				
18	Vidros				
19	Portas				
20	Cinto de segurança				
21	Macaco				
22	Chave de roda				
23	Nível de óleo				
24	Nível fluido de freio				
25	Nível de água				
26	Ruído Interno				
27	Lataria				

Observações:

Data: ____ / ____ / ____ Local: _____

KM: Saida _____ Hora Saída: ____:____

KM: Chegada _____ Hora Chegada: ____:____

Operador / Motorista: _____