

COMPACTO DESCRITIVO DO SISTEMA DE SEGURANÇA EXISTENTE

Nº FICAM: _____	DATA: ____/____/____
DADOS DA EDIFICAÇÃO	
NOME/RAZÃO SOCIAL: _____	BLOCO (S): _____
1. EXTINTORES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DE CARRETA	
<input type="checkbox"/> CO ₂ <input type="checkbox"/> ESPUMA <input type="checkbox"/> H ₂ O PRES. <input type="checkbox"/> PÓ QUÍMICO SECO <input type="checkbox"/> OUTROS	
Observações: _____	
2. ILUMINAÇÃO DE EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Tipo: _____ <input type="checkbox"/> BALIZAMENTO <input type="checkbox"/> ACLARAMENTO Alimentação: _____ <input type="checkbox"/> BATERIA <input type="checkbox"/> GRUPO MOTOGERADOR Acionamento: _____ <input type="checkbox"/> MANUAL <input type="checkbox"/> AUTOMÁTICO Blocos autônomos: _____ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
3. ALARME E DETECTORES <input type="checkbox"/> SIM NÃO	
ALARME: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SETORIZADO <input type="checkbox"/> GERAL	
TIPO: <input type="checkbox"/> INTERFONE <input type="checkbox"/> VISUAL <input type="checkbox"/> SONORO <input type="checkbox"/> OUTROS	
Observações: _____	
DETECTORES: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SETORIZADO <input type="checkbox"/> GERAL	
TIPO: <input type="checkbox"/> CHAMA <input type="checkbox"/> FUMAÇA <input type="checkbox"/> TEMPERATURA	
Observações: _____	
4. HIDRANTES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
MANGOTINHOS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO O IMÓVEL SE BENEFICIA DA REDE PÚBLICA DE HIDRANTES? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Observações: _____	
5. INSTALAÇÕES FIXAS E/OU AUTOMÁTICAS DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> SIM NÃO	
ACIONAMENTO: <input type="checkbox"/> AUTOMÁTICO <input type="checkbox"/> MANUAL	
TIPO: <input type="checkbox"/> CHUVEIRO AUTOM. <input type="checkbox"/> CORTINA D'ÁGUA <input type="checkbox"/> CO ₂ <input type="checkbox"/> PÓ QUÍMICO <input type="checkbox"/> RESFRIAMENTO <input type="checkbox"/> OUTROS	
6. SINALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> EQUIPAMENTOS <input type="checkbox"/> PLACAS DE PROIBIDO FUMAR <input type="checkbox"/> QUADRO DE LUZ/ FORÇA <input type="checkbox"/> ROTAS DE FUGA <input type="checkbox"/> SAÍDAS DE EMERGÊNCIA	

7. ADAPTAÇÃO PARA DEFICIENTES		SIM	NÃO
8. EQUIPE DE COMBATE A FOGO (BRIGADA)		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Nº DE ELEMENTOS: _____		DATA DO ÚLTIMO TREINAMENTO: ____/____/____	
9. PÁRA-RAIOS (SPDA)		SIM	NÃO
<input type="checkbox"/> FARADAY	<input type="checkbox"/> FRANKLIN	<input type="checkbox"/> IÔNICO	Nº Descidas: _____
10. PORTA(S) CORTA-FOGO		SIM	NÃO
TIPO:	<input type="checkbox"/> CHAPEADOS	<input type="checkbox"/> PCF 60	<input type="checkbox"/> PCF 90 <input type="checkbox"/> PCF 120
SISTEMA DE FECHAMENTO:	<input type="checkbox"/> MOLA	<input type="checkbox"/> ACOPLADO AO ALARME	<input type="checkbox"/> TERMO-FUSÍVEL <input type="checkbox"/> GERAL
11. MEIOS DE ESCAPE			
ESCADA INTERNA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
TIPO:	<input type="checkbox"/> ENCLAUSURADA COM ANTECÂMERA	<input type="checkbox"/> ENCLAUSURADA PROTEGIDA	<input type="checkbox"/> PRESSURIZADA <input type="checkbox"/> COMUM
ESCADA EXTERNA	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
TIPO:	<input type="checkbox"/> ENCLAUSURADA COM ANTECÂMERA	<input type="checkbox"/> ENCLAUSURADA PROTEGIDA	<input type="checkbox"/> COMUM
CORRIMÃO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Passarela para prédio vizinho	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Área de emergência no topo do edifício (cobertura)	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Passagem entre prédio geminados	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
Área de refúgio no edifício	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
12. APARELHOS DE TRANSPORTE VERTICAL E/OU HORIZONTAL		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Elevador de Carga	Nº CHAPA	_____	
Elevador de passageiro	Nº CHAPA	_____	
Elevador de emergência	Nº CHAPA	_____	
Plataforma	Nº CHAPA	_____	
Escada rolante	Nº CHAPA	_____	
Ponte rolante	Nº CHAPA	_____	

13. ISOLAMENTO DE RISCO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Setores de incêndio	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Isolamento térreo com subsolo	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Observações: _____		
14. AUTO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS (AVCB) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Nº: _____	ÁREA: _____	m ²
EMISSÃO: ____/____/____	VALIDADE: ____/____/____	
15. INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTO(S) COMPLEMENTAR(ES)		
CALDEIRA(S): _____	Quantidade: _____	
Nº(s) de registro de segurança no órgão competente: _____		
Órgão emissor: _____	Emitido em: ____/____/____	GLP: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
EQUIPAMENTOS:		
Tanque combustível inflamável: Qntd. _____	Nº Alvará de Instalação: _____	
Bomba combustível inflamável: Qntd. _____	Nº Alvará de Instalação: _____	
Observações: _____		
16. INSTALAÇÕES ELÉTRICAS		
CABINE PRIMÁRIA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
<input type="checkbox"/> BAIXA TENSÃO	<input type="checkbox"/> MÉDIA TENSÃO	
Observações: _____		
17. INSTALAÇÕES DE GÁS		
GLP	GN	NÃO UTILIZA
18. GRUPO MOTOGERADOR DE ENERGIA		
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	