

COMPACTO DESCRITIVO DO SISTEMA DE SEGURANÇA EXISTENTE

Nº FICAM:		DATA: ____/____/____	
DADOS DA EDIFICAÇÃO			
NOME/ RAZÃO SOCIAL:		BLOCO:	
1. EXTINTORES: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> DE CARRETA			
<input type="checkbox"/> CO2 <input type="checkbox"/> ESPUMA <input type="checkbox"/> H2O 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"/> GERADOR Acionamento _____ <input type="checkbox"/> MANUAL <input type="checkbox"/> AUTOMÁTICO Blocos autônomos _____ <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
3. ALARME DE DETECTORES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> 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. HIDRANTE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
MANGOTINHO <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 AUTOMÁTICAS DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
ACIONAMENTO: <input type="checkbox"/> AUTOMÁTICO <input type="checkbox"/> MANUAL TIPO: <input type="checkbox"/> CHUVEIRO AUTM. <input type="checkbox"/> CORTINA D'ÁGUA <input type="checkbox"/> CO2 <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 A DEFICIENTE		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
8. EQUIPE DE COMBATE AO FOGO (BRIGADA)		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Nº DE ELEMENTOS _____		DATA DO ÚLTIMO TREINAMENTO ____/____/____	
9. PARA - RAIOS		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> FARADAY	<input type="checkbox"/> FRANKLIN	<input type="checkbox"/> IÔNICO	Nº DESCIDAS _____
10. PORTAS FOGO		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 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. ATESTADO DE VISTORIA DO CORPO DE BOMBEIROS (AVCB)		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Nº _____	ÁREA: _____	m ²	
EMISSÃO _____ / _____	VALIDADE _____ / _____		
15. INSTALAÇÃO DE EQUIPAMENTOS COMPLEMENTARES			
Cadeira: _____	Quantidade: _____		
nº registro de segurança no órgão competente _____			
Órgão Emissor _____	Emitido _____ / _____	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. INSTALAÇÃO ELÉTRICA			
Cabine primária	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
	<input type="checkbox"/> BAIXA TENSÃO	<input type="checkbox"/> MÉDIA TENSÃO	
observações _____			
17. INSTALAÇÃO DE GÁS			
<input type="checkbox"/> GLP	<input type="checkbox"/> GN	<input type="checkbox"/> NÃO UTILIZA	