ESTADO DE MATO GROSSO
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
DIRETORIA DE SEGURANÇA CONTRA INCÊNDIO E PÂNICO

RELATÓRIO DE VISTORIA TÉCNICA Nº_____ DE _____/_____/_____ FL. 01/02

( ) 1ª vistoria técnica ( ) 2ª vistoria técnica ( ) 3ª vistoria técnica

I - DADOS DA EDIFICAÇÃO

Razão Social	**CNPJ:**
Nome Fantasia	**Telefone:**
Endereço	**Bairro:**
Complemento	**Município**
Responsável pela edificação	**RG/CPF**
Ocupação	**Risco**
Área construída (m²)	**PSCIP nº.**

II - ATESTADO DE CONFORMIDADE COM A LEGISLAÇÃO

LISTA DE CHEGAGEM (irregularidades e observações serão apontadas no item III)	SITUAÇÃO	
	SIM	NÃO
Á EDIFICAÇÃO ESTÁ EM CONFORMIDADE COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR		
PROCEDIMENTO SIMPLIFICADO EM CONFORMIDADE COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR		
CERTIFICADO DE BRIGADISTAS INCOMPATÍVEL COM O PSCIP APROVADO		
APRESENTAÇÃO DE LAUDO ELÉTRICO (Edificações Existentes) / ATESTADO DE CONFORMIDADE ELÉTRICA		
APRESENTAÇÃO DE ART/RRT/TRT DE EXECUÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA (Habite-se/Evento Temporário)		
PESSOA JURIDICA CREDENCIADA PARA FORMAR OU PRESTAR SERVIÇOS DE BRIGADISTAS		
EXISTENCIA DE PRODUTO PERIGOSO/GLP/GN QUE NÃO CONSTE NO PSCIP OU NÃO SINALIZADO		
NA EDIFICAÇÃO FORAM ENCONTRADAS AS IRREGULARIDADES		

FORAM SANADAS AS IRREGULARIDADES DO RELATÓRIO DE VISTORIA TÉCNICA Nº_____/_____ DE ____/____/_____

III –DA (S) IRREGULARIDADE (S)

ITEM	DESCRIÇÃO

Ao sanar todas as irregularidades, o responsável deverá solicitar ao Corpo de Bombeiros Militar o retorno da vistoria.

ESTADO DE MATO GROSSO
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
DIRETORIA DE SEGURANÇA CONTRA INCÊNDIO E PÂNICO

RELATÓRIO DE VISTORIA TÉCNICA Nº_____ DE _____/_____/_____ FL. 02/02

ITEM	DESCRIÇÃO (continuação)

Ao sanar todas as irregularidades, o responsável deverá solicitar ao Corpo de Bombeiros Militar o retorno da vistoria.

IV – EQUIPE DE VISTORIA TÉCNICA

Posto/Graduação	Nome	RG CBMMT	Assinatura

V – CIENTIFICAÇÃO DE RECEBIMENTO DO RESPONSÁVEL PELA EDIFICAÇÃO

Recebi uma via deste documento de vistoria na íntegra, bem como tomei ciência dos dispositivos legais que o fundamenta.

Nome completo:	_____
RG/CPF:	Assinatura
Função:	

_____, _____ _____ _____ às ____h_____min

Local dia mês ano

UBM