

IV – ORIENTAÇÕES

a. O Termo Circunstanciado de Notificação e Multa deve ser lavrado em 02 (duas) vias, sendo entregue uma via ao autuado, com o devido registro do recebimento, e a outra via deverá ser encaminhada para Diretoria de Segurança Contra Incêndio e Pânico para homologação do Diretor.

b. Caso o autuado se recuse a assinar o Termo Circunstanciado de Notificação e Multa, este será considerado entregue, e o fiscalizador deverá certificar a ocorrência na própria via.

V – VALOR DA MULTA

GRUPO DA INFRAÇÃO E CÓDIGO DE IRREGULARIDADE (LEI Nº. 10.402/2016)		
	V	VI
Irregularidades	<input type="checkbox"/> a. pessoa jurídica ou física realizando formação de brigada de incêndio/bombeiro civil sem credenciamento no CBM/MT ou com posse deste vencido; <input type="checkbox"/> b. pessoa jurídica prestando serviço de brigada de incêndio/bombeiro civil sem o credenciamento no CBM/MT ou com posse deste vencido;	<input type="checkbox"/> c. dificultar, embaraçar ou criar resistência à ação fiscalizadora dos vistoriadores do Corpo de Bombeiros Militar; <input type="checkbox"/> d. utilizar-se de artifícios ou simulações com o fim de fraudar a legislação pertinente ou as normas em vigor que versem sobre a matéria.
Valor em UPF	4,5	5

VALOR DA MULTA EM UPF/MT: _____

VI – EQUIPE DE FISCALIZAÇÃO

POSTO/GRADUAÇÃO	NOME	RG CBMMT	ASSINATURA

VII – NOTIFICAÇÃO

Fica o responsável pela empresa qualificada ciente de que foram constatadas as irregularidades citadas neste Termo, sujeitando-a, de acordo com a Lei n°. 10.402/2016 e NTCB 39, a sofrer as penalidades administrativas cabíveis (multa e/ou cassação do certificado de credenciamento), sem prejuízo de sanções criminais ou cíveis.

O responsável terá o prazo de 15 (quinze) dias úteis para apresentar suas razões de defesa, contar do recebimento deste, devendo protocolar em uma Unidade do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Mato Grosso.

VIII – CIENTIFICAÇÃO DE RECEBIMENTO DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA CREDENCIADA

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

Nome completo: RG/CPF: Função:	Assinatura
_____ Local _____, _____ dia _____ mês _____ ano _____ às _____ h _____ min	UBM