

 <b>RELATÓRIO DE AUXÍLIO À COMUNIDADE</b>		ENDEREÇO		
		Logradouro		
Número	Data / /	Complemento	Bairro	Município
Km Saída		Km Local	Km Base	
TIPO DE OCORRÊNCIA				
<input type="checkbox"/> Abertura de porta em edificações (sem pessoa retida) <input type="checkbox"/> Corte de árvore em risco iminente de queda <input type="checkbox"/> Demonstração profissional <input type="checkbox"/> Desfile <input type="checkbox"/> Escoamento <input type="checkbox"/> Escolta <input type="checkbox"/> Extermínio de insetos (sem vítima)				
<input type="checkbox"/> Funeral <input type="checkbox"/> Instrução <input type="checkbox"/> Lavagem de leito carroçável <input type="checkbox"/> Proteção à autoridade <input type="checkbox"/> Proteção à banhista <input type="checkbox"/> Proteção em local com risco de desabamento <input type="checkbox"/> Proteção em local de concentração pública				
<input type="checkbox"/> Proteção em rodovias <input type="checkbox"/> Transportes diversos. Citar: _____ <input type="checkbox"/> Vazamento de água no interior de edificação <input type="checkbox"/> Vazamento de produto perigoso <input type="checkbox"/> Vistoria Técnica Operacional <input type="checkbox"/> Abastecimento de água. Local: _____ <input type="checkbox"/> Outros _____				
LOCAL ENTREGUE A:	OCORRÊNCIA SEM INTERVENÇÃO	TEMPO	VÍTIMAS	
<input type="checkbox"/> Guarda Municipal _____ <input type="checkbox"/> Perícia/Polícia Civil _____ <input type="checkbox"/> Polícia Militar _____ <input type="checkbox"/> Polícia Rodoviária Estadual _____ <input type="checkbox"/> Polícia Rodoviária Federal _____ <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Não se aplica	<input type="checkbox"/> Alarme falso/trote <input type="checkbox"/> Falso alarme <input type="checkbox"/> QTH não localizado <input type="checkbox"/> Recusa <input type="checkbox"/> Serviço prestado por terceiros <input type="checkbox"/> QTA <input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/> Chuvoso <input type="checkbox"/> Neblina <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Pista molhada <input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantidade Total _____	
<input type="checkbox"/> Responsável pelo local _____ <input type="checkbox"/> Outro _____				
TREM DE SOCORRO				
VTR	OBM	COMPONENTES DA GUARNIÇÃO		
MATERIAIS UTILIZADOS				
LOCAL DA ATIVIDADE				
<input type="checkbox"/> Área rural <input type="checkbox"/> Divertimentos públicos <input type="checkbox"/> Indústria <input type="checkbox"/> Órgão de ensino privado				
<input type="checkbox"/> Autódromo e kartódromo <input type="checkbox"/> Hospital privado <input type="checkbox"/> Logradouro público <input type="checkbox"/> Órgão público				
<input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Igreja <input type="checkbox"/> Motódromo <input type="checkbox"/> Residência				
Nome do local (se houver)			<input type="checkbox"/> Outro _____ _____	
OBSERVAÇÕES				
Responsável pelas Informações (Nome e assinatura):		Oficial/Graduado de Dia (Nome e assinatura):		Visto da Seção de Operações: