

 RELATÓRIO DE INCÊNDIO		ENDEREÇO			
		Logradouro			Nº
Número	Data / /	Complemento	Bairro	Município	
Km Saída		Km Local		Km Retorno	
				Km Base	
TIPO DE INCÊNDIO					
<input type="checkbox"/> Residencial			<input type="checkbox"/> Veículo		
<input type="checkbox"/> Favela/Cortiço <input type="checkbox"/> Unifamiliar urbana <input type="checkbox"/> Unifamiliar rural <input type="checkbox"/> Multifamiliar de vários pavimentos. Qtde _____ <input type="checkbox"/> Outro _____			<input type="checkbox"/> Avião <input type="checkbox"/> Caminhão <input type="checkbox"/> Caminhão reboque <input type="checkbox"/> Camioneta <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Embarcação <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Oficial <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Reboque <input type="checkbox"/> Trator <input type="checkbox"/> Trem <input type="checkbox"/> Outro _____		
<input type="checkbox"/> Comercial/Industrial					
<input type="checkbox"/> Açúcar e álcool <input type="checkbox"/> Artes gráficas <input type="checkbox"/> Automobilística de auto peças <input type="checkbox"/> Bar/restaurante <input type="checkbox"/> Bebidas <input type="checkbox"/> Calçados e artigos de couro <input type="checkbox"/> Caldeira <input type="checkbox"/> Combustível e lubrificantes		<input type="checkbox"/> Eletrodomésticos <input type="checkbox"/> Eletrônicos <input type="checkbox"/> Farmacêuticos <input type="checkbox"/> Hotéis/pensões <input type="checkbox"/> Livros, jornais e revistas <input type="checkbox"/> Madeireiras <input type="checkbox"/> Materiais de construção e ferragens		<input type="checkbox"/> Materiais de escritório <input type="checkbox"/> Materiais elétricos <input type="checkbox"/> Mecânicas <input type="checkbox"/> Metalúrgicas <input type="checkbox"/> Móveis <input type="checkbox"/> Ótica e materiais fotográficos <input type="checkbox"/> Plásticos e derivados	
<input type="checkbox"/> Produtos agropecuários/veterinários <input type="checkbox"/> Produtos alimentícios <input type="checkbox"/> Químicas <input type="checkbox"/> Serrarias <input type="checkbox"/> Têxteis <input type="checkbox"/> Vestuário e confecções <input type="checkbox"/> Outro _____					
<input type="checkbox"/> Diversos					
<input type="checkbox"/> Banco/financeira <input type="checkbox"/> Boate/danceteria <input type="checkbox"/> Clube <input type="checkbox"/> Órgão de ensino privado <input type="checkbox"/> Órgão de ensino público <input type="checkbox"/> Órgão de saúde privado <input type="checkbox"/> Órgão de saúde público <input type="checkbox"/> Unidade militar <input type="checkbox"/> Vegetação rural <input type="checkbox"/> Vegetação urbana <input type="checkbox"/> Outro _____					
IMÓVEL					
ESTRUTURA	<input type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Mista <input type="checkbox"/> Outro _____		SEGURO	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não identificado Qual? _____	
			SISTEMA PREVENTIVO DE INCÊNDIO		
<input type="checkbox"/> SINISTRADO			<input type="checkbox"/> Aviso sonoro <input type="checkbox"/> Chuveiros automáticos <input type="checkbox"/> Duto de ventilação <input type="checkbox"/> Escada enclausurada <input type="checkbox"/> Outro _____		
Nome: _____			<input type="checkbox"/> Extintores <input type="checkbox"/> Iluminação de emergência <input type="checkbox"/> Porta corta fogo <input type="checkbox"/> Rede hidráulica fixa		
_____			_____		
_____			_____		
_____			_____		
SINISTRO					
Qtde de pavimentos atingidos		Área atingida		Extensão <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total	
				Duração do combate	
Dependências Atingidas: _____					

CAUSA PROVÁVEL Proposital (suspeita) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não XXV					
<input type="checkbox"/> Ato incendiário <input type="checkbox"/> Balões <input type="checkbox"/> Brincadeiras de crianças <input type="checkbox"/> Desconhecida <input type="checkbox"/> Displícência ao cozinhar <input type="checkbox"/> Eletrodomésticos. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Informe prestado por terceiros. Nome: _____		<input type="checkbox"/> Exaustores/chaminés <input type="checkbox"/> Fogos de artifício <input type="checkbox"/> Ignição espontânea <input type="checkbox"/> Instalações elétricas <input type="checkbox"/> Líquidos de limpeza doméstica		<input type="checkbox"/> Líquidos inflamáveis industriais <input type="checkbox"/> Negligência com fósforos <input type="checkbox"/> Pontas de cigarro <input type="checkbox"/> Raios <input type="checkbox"/> Soldagem <input type="checkbox"/> Ignição ou explosão de produtos químicos. Qual? _____	
<input type="checkbox"/> Unidades de cozinha <input type="checkbox"/> Vazamento de gás de rua <input type="checkbox"/> Vazamento de GLP <input type="checkbox"/> Vela					
LOCAL ENTREGUE A:		OCORRÊNCIA SEM		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"/> Sinistrado <input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> Outro _____		<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"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantidade Total _____ <input type="checkbox"/> Chuvoso <input type="checkbox"/> Neblina <input type="checkbox"/> Limpo <input type="checkbox"/> Pista molhada <input type="checkbox"/> Nublado	
Pertences entregues: _____					

TREM DE SOCORRO

VTR	OBM	COMPONENTES DA GUARNIÇÃO

DADOS DO VEÍCULO ENVOLVIDO (se houver)

Marca _____ Modelo _____ Placa _____ Cidade/UF _____
 Renavam _____ Proprietário _____
 Endereço _____ Bairro _____ Cidade/UF _____
 Conductor → O proprietário Outro _____

HISTÓRICO DOS TRABALHOS

Arrombamento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local _____ _____ _____	Remoção de material <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Descrição _____ _____ Destino _____	Abastecimento de água <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Durante o incêndio <input type="checkbox"/> Após o incêndio <input type="checkbox"/> Reserva Técnica Local de abastecimento _____
---	--	--

MATERIAL EMPREGADO NO LOCAL

<input type="checkbox"/> De abastecimento	<input type="checkbox"/> De proteção	<input type="checkbox"/> Ferramentas
<input type="checkbox"/> De busca/salvamento	<input type="checkbox"/> De ventilação	<input type="checkbox"/> Consumo de água _____ litros
<input type="checkbox"/> De comunicações	<input type="checkbox"/> Bombas	<input type="checkbox"/> Outro _____
<input type="checkbox"/> De estabelecimento	<input type="checkbox"/> Escadas	_____
<input type="checkbox"/> De iluminação	<input type="checkbox"/> Extintores	_____

TÉCNICAS UTILIZADAS

<input type="checkbox"/> Ataque direto	<input type="checkbox"/> Linha direta
<input type="checkbox"/> Ataque indireto	<input type="checkbox"/> Mangotinho
<input type="checkbox"/> Ataque combinado	<input type="checkbox"/> Abafamento
<input type="checkbox"/> Jato chuveiro	<input type="checkbox"/> Isolamento
<input type="checkbox"/> Jato compacto	<input type="checkbox"/> Resfriamento
<input type="checkbox"/> Jato neblina	<input type="checkbox"/> Divisor com _____ linhas
<input type="checkbox"/> Linha de arrefecimento	<input type="checkbox"/> Divisor com _____ linhas de ataque.
<input type="checkbox"/> Linha de espuma	

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO NO MOMENTO DA CHEGADA DO SOCORRO

DANOS MATERIAIS

OBSERVAÇÕES

Responsável pelas Informações (Nome e assinatura):	Oficial/Graduado de Dia (Nome e assinatura):	Visto da Seção de Operações :