



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
DIRETORIA DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA



FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO EM EVENTOS DO CARNAVAL (Resolução SEDEC 131, de 15/02/2019)		Nº Protocolo
E V E N T O	IDENTIFICAÇÃO	DATA(S)
	LOCAL	
ÍTEM DE AVALIAÇÃO		
1	Natureza do Evento:	
2	Horários:	Hora de início das atividades: Hora de encerramento:
3	Público previsto (nº de pessoas - por extenso) : Ingressos limitados e controle de público <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
4	Área de concentração (m²) :	Mobilidade da multidão: <input type="checkbox"/> Espaço aberto <input type="checkbox"/> Espaço fechado
5	Promotor do Evento <input type="checkbox"/> Instituição Pública <input type="checkbox"/> Instituição Privada	
6	Faixa etária predominante <input type="checkbox"/> até 14 anos <input type="checkbox"/> 15 a 35 anos <input type="checkbox"/> 36 a 55 anos <input type="checkbox"/> acima de 55 anos	
7	Ambiente climatizado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
8	Infra-estrutura básica:	a. Acesso a alimentação e líquidos <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes/precárias
		b. Instalações sanitárias <input type="checkbox"/> Presentes
9	Vias de acesso internas (corredores de circulação) <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes/precárias	
10	Vias de acesso externas (acesso e rotas de fuga) <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes/precárias	
11	Venda de bebidas alcoólicas no local <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
12	Hospitais de referência para o evento: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado _____ _____	
13	Os hospitais de referência foram avisados da ocorrência do evento, pela organização? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Eu abaixo assinado, promotor do evento declaro estar ciente do conteúdo da Resolução nº 83/2016 da SEDEC e da Resolução SEDEC 131, de 15/02/2019 e me responsabilizo pelo fiel cumprimento do planejamento descrito neste documento.		
Dados do Promotor do Evento Nome: RG: CPF: Telefone de contato:		Data da Solicitação: ____/____/____ _____ ASSINATURA DO REQUERENTE
OBSERVAÇÕES (PREENCHIMENTO POR OFICIAL DA DSE/CBMERJ):		
Rio de Janeiro, ____/____/____		
Assinatura e carimbo da Diretora de Socorro de Emergência		

