



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO DISTRITO FEDERAL
SUBSECRETARIA DO SISTEMA DE DEFESA CIVIL

REQUERIMENTO DE VISTORIA PARA LICENCIAMENTO DE COMERCIALIZAÇÃO DE GASES MEDICINAIS

| | | | |
|--------------------------|--|-------|--|
| Razão Social da Empresa: | | | |
| Endereço: | | | |
| CNPJ: | | NIRE: | |
| E-mail: | | Tel.: | |

| Item | Documentação Entregue pela Empresa | Sim | Não |
|------|--|-----|-----|
| 1 | Preenchimento obrigatório deste requerimento para vistoria da Defesa Civil . | | |
| 2 | Cópia da inscrição no sistema de Registro e Licenciamento de Empresa (RLE) . | | |
| 3 | Planta Baixa das instalações. | | |
| 4 | Memorial descritivo de Tancagem descrevendo as características estruturais do tanque (capacidade máxima de volume armazenados em litros, data de instalação, plano de manutenção do tanque, tipo de substância armazenada) com a ART ou equivalente. | | |
| 5 | Laudo técnico do teste de Estanqueidade com a ART registrada no CREA. | | |
| 6 | Laudo técnico do teste de medição ôhmica e continuidade elétrica do sistema de proteção contra descarga atmosférica (SPDA) com a ART registrada no CREA. | | |
| 7 | Laudo técnico certificando as condições de segurança das instalações físicas da edificação e atividade de risco com apresentação de ART registrada no CREA ou RRT registrado no CAU (Conselho de Arquitetura e Urbanismo). Elaborados conforme estabelecem os Anexos VII e XI do Decreto nº 36.948, de 07/12/2015. | | |
| 8 | Memorial descritivo dos equipamentos empregados para envasar os gases. | | |
| 9 | Plano de Emergência para atendimento a incidentes ou acidentes relacionados com vazamento do produto na edificação e/ou transporte. | | |

Observação: A falta de 01 (um) ou mais documentos listados nos itens acima inviabiliza a vistoria da Defesa Civil e impede a continuidade do processo até que sejam sanadas suas pendências.

| Responsável pelas informações da Empresa | Servidor responsável pelas informações |
|--|--|
| Nome Completo: _____ _____ | Nome Completo: _____ _____ |
| CPF: _____ | Matrícula: _____ |
| RG: _____ | |
| _____ | Brasília - DF, ____ de _____ de ____. |
| Assinatura | _____ |
| | Assinatura |