**GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO   
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR   
1º BATALHÃO DE BOMBEIROS MILITAR**



**AVALIAÇÃO DO SIMULADO ANUAL DE PREVENÇÃO E EMERGÊNCIA**

(Favor preencher a solicitação à frente dos campos)

NOME DA INSTITUIÇÃO:

CNPJ:

ENDEREÇO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:

TELEFONE PARA CONTATO COM DDD:

E-MAIL:

PÚBLICO ESTIMADO (quantitativo total de pessoas que participarão do simulado):

FAIXA ETÁRIA MÉDIA:

O HOSPITAL POSSUI ALVARÁ DO CORPO DE BOMBEIROS**¹**: SIM NÃO

O HOSPITAL POSSUI BRIGADISTAS PROFISSIONAIS/EVENTUAIS: SIM NÃO

O HOSPITAL CONFECCIONOU O PLANO DE EMERGÊNCIA E ABANDONO: SIM NÃO

DATAS SOLICITADAS**²**:

|  | Data (dia/mês) | Matutino (10h às 12h) | Vespertino (14h às 16h) |
| --- | --- | --- | --- |
| Primeira Opção |  |  |  |
| Segunda Opção |  |  |  |
| Terceira Opção |  |  |  |
| Quarta Opção |  |  |  |
| Quinta Opção |  |  |  |

**\*Ao enviar este Formulário, o solicitante CONCORDA que para validade desta solicitação a escola deve ter cumprido todas as exigências e DECLARA estar ciente e de acordo com os termos do projeto.**

**¹** No caso de algumas das respostas anteriores for “NÃO”, a escola deverá providenciar a regularização para depois solicitar a avaliação do simulado.

**²** O solicitante deverá escolher 5 (cinco) datas para a realização do Simulado Anual de Prevenção e Emergência. É importante existir um intervalo de, no mínimo, 10 (dez) dias entre essas cinco datas solicitadas.

Caso a solicitante necessite cancelar (por motivo plausível) a avaliação do simulado, orienta-se o contato prévio em até 72h. Em caso de cancelamento não justificado, o registro do solicitante será submetido à análise e avaliação do Comando frente a novas solicitações.

O período selecionado deve ter intervalo de, no mínimo, 2 horas. Por exemplo: 1ª opção (23/02/2020 – período matutino – Das 10h às 12h.