**ANEXO X - Modelo de Auto de Cassação de CVCBM**

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
(OBM) GRUPAMENTO DE BOMBEIROS

| AUTO DE CASSACAO DE CVCBM | DOC. Nº. | NOTIFICAÇÃO |
|---|---|---|

No dia _____ , mês de _____ de _____ , hora ____ : ____ no exercício da ação fiscalizadora assegurada pela Lei nº 4.335/13, e, na qualidade de fiscalizador, lavrei o presente AUTO CASSACAO DE CVCBM em 2 (duas) vias, de igual teor, sendo uma das vias entregue ao AUTUADO ou responsável no local, ficando o mesmo ciente.

**DADOS DO AUTUADO**

| NOME OU RAZÃO SOCIAL | | OCUPAÇÃO |
|---|---|---|
| CNPJ/CPF: | TELEFONE: | CEP |
| ENDEREÇO: | | |
| BAIRRO: | MUNICÍPIO: | UF: |

**POR VERIFICAR QUE:**

O que constitui infração à Lei nº 4.335/13, conforme previsto em seu Art.48, em conseqüência, sujeitando o Autuado à CASSACAO DE CVCBM.

**ELEMENTOS DE PROVA DA INFRACAO:**

Fica o autuado identificado neste Auto cientificado da aplicação de CASSACAO DE CVCBM, e, de que o local não poderá funcionar, conforme previsão do art. 48 e 9º. Lei nº 4.335/13, respectivamente.

O AUTUADO deverá regularizar a situação cumprindo as exigências previstas na NOTIFICAÇÃO nº _____ de _____, e , após a adoção das medidas requisitadas, deverá efetuar contato com o (OBM) no endereço constante no rodapé, para nova vistoria, sob pena de multa e interdição.

Fica concedido ao autuado o prazo de 15 (quinze) dias corridos para oferecimento de defesa junto a OBM do Corpo de Bombeiros Militar, com endereço no rodapé.

| NOME DO AUTUADO OU PESSOA QUE RECEBEU O AUTO | Nº CPF/RG |
|---|---|
| ASSINATURA: | |

| NOME DO FISCALIZADOR | LOCAL E DATA: |
|---|---|
| ASSINATURA/CARIMBO: | _____, ____/____/_____ |

Nós, abaixo assinados, declaramos ter testemunhado a recusa de assinatura e recusa de recebimento do presente auto de infração por parte do Sr. _____

Por ser expressão da verdade assinamos o presente auto.

**TESTEMUNHAS**

| NOME: | CPF: | |
|---|---|---|
| ASSINATURA: | RG: | |
| ENDEREÇO: | CIDADE | UF |
| NOME: | CPF: | |
| ASSINATURA: | RG: | |
| ENDEREÇO: | CIDADE | UF |

Endereço da Unidade, cidade, CEP, endereço eletrônico funcional, telefones, dias e horários de atendimento ao público

**Nota:** Em função da necessidade do serviço sua informatização, este modelo poderá ser adaptado pelo SvSCI.