|  |
| --- |
| **Empresa** |
| Nome da empresa: | Nº de funcionários: |
| CNPJ: | Ramo de atividade: |
| Inscrição estadual: | Inscrição municipal: |
| Endereço (com CEP): |
| Ramo de atividade: |
| **Responsável pela empresa** |
| Nome: | RG: |
| Cargo: | CPF: |
| Tel. Fixo: | Tel. celular: | E-mail: |
| **Representantes nas reuniões do PAM - Titular** |
| Nome: | RG: |
| Cargo: | CPF: |
| Tel. Fixo: | Tel. celular: | E-mail: |
| **Representantes nas reuniões do PAM - Suplente** |
| Nome: | RG: |
| Cargo: | CPF: |
| Tel. Fixo: | Tel. celular: | E-mail: |
| **Cadastro das empresas signatárias do Plano de Ajuda Mútua dos Portos do Paraná** |
| **Acionamento em caso de emergência** |
| Telefone(s) de emergência: |
| Nome do representante: |
| **Da localização da empresa** |
| Coordenadas geográficas: |
| Endereço completo: |
| Ponto de referência: |
| *Nota: caso a empresa tenha mais de uma unidade/site, deverá preencher um formulário de localização individual para cada unidade/site.*  |
| **Da análise dos riscos** |
| **Do funcionamento da empresa** |
| Atividade principal: |
| Atividade secundária: |
| Utilização de produto perigoso: SIM ( ) NÃO ( ) | Quais (nome e nº ONU): |
| Quais (nome e nº ONU): |
| **Dos principais acessos** |
| Portaria principal (detalhar funcionamento): |
|  |
| Portaria secundária (detalhar funcionamento): |
| Possui heliponto? SIM ( ) NÃO ( ) | Informar localização: |
| **Dos funcionários** |
| Turnos de trabalho | Hora início  | Hora término | Funcionários permanentes | Nº de Brigadistas |
| 1º Turno |  |  |  |  |
| 2º Turno |  |  |  |  |
| 3º Turno |  |  |  |  |
| 4º Turno |  |  |  |  |
| Administrativo |  |  |  |  |
| Equipes terceirizadas |  |  |  |  |
| **Dos meios de segurança da empresa** |
| Tipo de edificação: |
| Área construída: | Número de pavimentos: |
| Projeto aprovado CBMPR? | NÃO ( ) | SIM ( ) Informar o código/número: |

|  |
| --- |
| **Dos meios de proteção contra incêndio** |
| Extintores | NÃO ( ) | SIM ( ) Informar a quantidade: |
| Hidrantes | NÃO ( ) | SIM ( ) Informar a quantidade: |
| Sprinklers | NÃO ( ) | SIM ( ) Informar a quantidade: |
| **Dos hidrantes** |
| Recursos | Quantidade | Localização |
| Hidrantes internos |  |  |
| Hidrantes externos |  |  |
| Hidrante de recalque |  |  |
| Reservatório de água |  |  |
| Informar capacidade do(s) reservatório(s) de água: |
| **Das áreas de fuga** |
| Recursos | Localização |
| Rotas de fuga principal |  |
| Ponto de encontro principal |  |
| **Dos apoios externos** |
| Possui contrato com emergência médica particular | SIM ( ) | NÃO ( ) |
| Qual empresa? |  | Telefone de contato: |
| **Da distância ao Corpo de Bombeiros** |
| Informações sobre tempo e distância do site do signatário em relação ao(s) Grupamento(s) de Bombeiros local(is) |
| Endereço do Grupamento | Distância (em km) | Rota sugerida | Tempo aproximado(em minutos) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Da concordância do signatário com o Estatuto do Plano de Ajuda Mútua (PAM) de Paranaguá e Antonina** |
|  | Carimbo do signatário (facultativo): |
| Data: | Nome e assinatura: |