|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: | | | | | | |