

FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO – (FAR)		Nº Protocolo -----
EVENTO	IDENTIFICAÇÃO	DATA(S) OU PERÍODO DE REALIZAÇÃO
	LOCAL	
ÍTEM DE AVALIAÇÃO		
1	Natureza do Evento: <input type="checkbox"/> Show de música <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Esportivo <input type="checkbox"/> Exposição <input type="checkbox"/> Congresso <input type="checkbox"/> Outros - Especificar:	
2	Horários: Hora de abertura dos portões - Hora de início das atividades - Hora de encerramento –	
3	Público previsto (nº de pessoas - por extenso) – Ingressos limitados e controle de público <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
4	Área de concentração (m²) - Mobilidade da multidão: <input type="checkbox"/> Espaço aberto <input type="checkbox"/> Espaço fechado	
5	Promotor do Evento <input type="checkbox"/> Instituição Pública <input type="checkbox"/> Instituição Privada	
6	Faixa etária predominante <input type="checkbox"/> até 14 anos <input type="checkbox"/> 15 a 35 anos <input type="checkbox"/> 36 a 55 anos <input type="checkbox"/> acima de 55 anos	
7	Ambiente climatizado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
8	Infra-estrutura básica - a. Acesso a alimentação e líquidos <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes/precárias b. Instalações sanitárias <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes/precárias	
9	ATENDIMENTO MÉDICO NO LOCAL (favor preencher os campos por extenso e se houver mais que um posto médico, separar as áreas e nº de leitos por vírgulas) Nº de Postos Médicos - Dimensão(ões) (m²)- Nº de leitos – Equipamentos médicos e insumos (de acordo com a Portaria...../...../.....SMS.G e Portaria 2048/02 do MS) - <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Total de profissionais de saúde nos postos médicos e ambulâncias Nº de Médicos (por extenso) -- Nº de Enfermeiros (por extenso) - Nº de Técnicos de Enfermagem (por extenso) - Nº de Maqueiros (por extenso) - Nº de ambulâncias (por extenso) Tipo D (suporte avançado) - Tipo B (suporte básico) - Tipo E (aeronave) - Tipo F (embarcação) - Nº de motocicletas (por extenso) –	
10	Vias de acesso internas (corredores de circulação) <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes/precárias	
11	Vias de acesso externas (acesso e rotas de fuga) <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes/precárias	
12	Venda de bebidas alcoólicas no local <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
13	Hospitais de referência para o evento: <input type="checkbox"/> Público(s) <input type="checkbox"/> Privado(s) _____ _____	
14	Os hospitais de referência foram avisados da ocorrência do evento, pela organização? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Eu abaixo assinado, médico responsável técnico pelo evento declaro estar ciente do conteúdo da Portaria nº 2.048/02 do Ministério da Saúde e da Portaria...../...../..... SMS.G e me responsabilizo pelo fiel cumprimento do planejamento descrito neste documento.		
Dados do Responsável técnico pelo Evento Nome: CRM: Empresa: CNPJ: Telefone de contato: Fax: Celular:		Data da solicitação: ____/____/____ _____ Assinatura e carimbo do responsável Técnico
Observações importantes • Esta ficha será encaminhada ao DTFCI/CECOM-SAMU 192 junto com o memorial descritivo de evento, para análise técnica. • O responsável técnico pelo evento deverá encaminhar a DTFCI/CECOM-SAMU 192, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, o relatório operacional de eventos..		
Plano de Atenção Médica em Eventos Temporários de acordo com a legislação vigente no âmbito do Município de São Paulo. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		São Paulo, ____/____/____ _____ Assinatura e carimbo