

FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO – (FAR)		Nº Protocolo
EVENTO	IDENTIFICAÇÃO	DATA(S) OU PERÍODO DE REALIZAÇÃO
	LOCAL	
ÍTEM DE AVALIAÇÃO		
1	Hora de início das atividades -	Hora de encerramento -
2	Promotor do Evento	<input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Misto
3	Infra-estrutura básica :	
	a. Instalações sanitárias	<input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes/precárias
	b. Gerador	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
4	ATENDIMENTO MÉDICO NO LOCAL (favor preencher os campos por extenso e se houver mais que um posto médico, separar as áreas e nº de macas por vírgulas) Nº de Postos Médicos - Dimensão(ões) (m²)- Nº de macas - 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) -	
5	Vias de acesso internas (corredores de circulação)	<input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes/precárias
6	Vias de acesso externas (acesso e rotas de fuga)	<input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes/precárias
7	Hospitais de referência para o evento:	<input type="checkbox"/> Público(s) <input type="checkbox"/> Privado(s)
8	Os hospitais de referência foram avisados da ocorrência do evento, pela organização?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9	Informações adicionais:	
10	Pontuação (Anexo IV):	
11	Classificação de Risco (Anexo IV):	<input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Altíssimo <input type="checkbox"/> Especial
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 1014-SMS.G/COMURGE (inclusive o Capítulo VI) e me responsabilizo pelo fiel cumprimento do planejamento descrito neste documento.		
Dados do Responsável técnico pelo Evento Nome: _____ CRM: _____ Empresa: _____ CNPJ: _____ Telefone de contato: _____ Celular: _____ Email: _____ Site: _____		Data da solicitação: ____/____/____ _____ Assinatura e carimbo do responsável Técnico
Observações importantes • Esta ficha será encaminhada a GPAE-EVENTOS / COMURGE junto com o memorial descritivo de evento, para análise técnica. • O responsável técnico pelo evento deverá encaminhar a SAMU 192 / COMURGE 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"/> Sim, com ressalva* <input type="checkbox"/> Não		São Paulo, ____/____/____ _____ Assinatura e carimbo GPAE-EVENTOS / COMURGE
* descreva no verso		