

PLANO DE SEGURANÇA PARA ATIVIDADES ESCOTEIRAS

1. Tipo de atividade:
2. Nome da atividade:
3. Local da atividade: _____
4. (Possui) Mapa de acesso/coordenadas? (Link do Google StreetView) _____
5. Meio(s) de transporte: _____
6. Rede de telefonia celular (4G), existente no local? () NÃO () SIM
- Operadora(s): _____
- 6.1. Caso não haja rede de telefonia disponível, existem Radioamadores presentes na atividade? Se sim, informar o Indicativo e tipo de equipamento disponível.
7. Escotista/Dirigente Coordenador: _____
8. Número de participantes total: _____ duração da atividade: _____
9. Utilize a listagem abaixo completando todas as lacunas sobre o número de participantes e condições do seu evento:

NÚMERO DE PARTICIPANTES:					
Alcateia	Tropa Escoteira	Tropa Sênior/Guia	Clã Pioneiro	Dirigentes	Comissão de País

EXISTE LOCAL APROPRIADO PARA REALIZAR A ATIVIDADE EXTERNA A SEÇÃO:					
Alcateia	Tropa Escoteira	Tropa Sênior/Guia	Clã Pioneiro	Dirigentes	Comissão De País

10. Em caso de emergência, há local apropriado coberto para comportar todo este número de pessoas: () SIM () NÃO
11. _____ Telefone de contato do local:
12. _____ Telefone de contato do apoio:
13. Entidades de segurança civil e saúde foram avisadas sobre a data e local de atividade: () SIM () NÃO
- Ps.: Ofícios para autoridades precisam ser entregues pessoalmente e protocolados!*
14. Em caso de emergência, o local disponibiliza escapes de saída? () SIM () NÃO
15. _____ Quais os planos de ação caso necessário:



16. Material de primeiros socorros:

17. Existem adultos capacitados para os primeiros socorros? (☐)SIM (☐)NÃO

18. Equipamentos de extrema necessidade:

19. Há necessidade que seja passado informações do local para os participantes?

(☐) SIM (☐) NÃO

20. Foi informado os responsáveis das crianças e jovens? (☐)SIM (☐)NÃO

21. Planejamento em saúde

O coordenador deverá possuir a ficha médica de todos os participantes !

21.2- Equipe médica e de Saúde mental

****(Equipe obrigatória em qualquer atividade distrital/regional)***

NOME	QUALIFICAÇÃO	FUNÇÃO
		EQUIPE MÉDICA
		EQUIPE DE SAÚDE MENTAL

***** Indicar pelo menos 1 de cada função***

21.3- Rotas de emergência

UNIDADE DE SAÚDE DE EMERGÊNCIA MAIS PRÓXIMA: **NOME DO HOSPITAL**

Endereço	
Distância	
Meio de transporte	
Abrangência de atendimento	

Obs.: Caso o Hospital mais próximo fique a mais de 10km do local da atividade, verificar a POSSIBILIDADE de solicitar uma ambulância, em casos de impossibilidade, foratlecer plano de ação e de contingência

CROQUI:

****** croqui do trajeto: mapa com indicação de distância entre atividade e Unidade de Saúde****



UNIDADE DE SAÚDE DE EMERGÊNCIA MAIS PRÓXIMA EM CASO DE ACIDENTES COM ANIMAIS

PEÇONHENTOS : **nome do hospital**

Endereço	
Distância	
Meio de transporte	
Abrangência de atendimento	

CROQUI:

*** croqui do trajeto: mapa com indicação de distância entre atividade e Unidade de Saúde*

22. Haverá carros de apoio? (___)SIM (___)NÃO - Quantos?

23. Haverá outros frequentadores no local? (___)SIM (___)NÃO

24. Há atividades aquáticas programadas? (___)SIM (___)NÃO

Caso positivo avalie os 6 itens abaixo:

1. Os adultos que aplicarão a atividade estão capacitados para aplicá-la com segurança?

(___)SIM (___)NÃO

2. Existe pessoa capacitada para atuar como salva-vidas? (___)SIM (___)NÃO

3. Existe colete salva-vidas adequado para todos envolvidos nas atividades, considerando peso e tamanho dos participantes e validade do equipamento? (___)SIM (___)NÃO (___)NÃO APLICA

4. Os participantes da atividade sabem nadar? (___)SIM (___)NÃO

5. Foram avaliados locais de risco com os responsáveis ou proprietários do local? (___)SIM (___)NÃO

6. Existe acesso de meios de transporte ao local em caso de necessidade de resgate? (___)SIM (___)NÃO

Equipe de Salvamento e Resgate

NOME	QUALIFICAÇÃO	FUNÇÃO



****** Indicar pelo menos 1 para 6 ou fração que estarão na água durante a atividade

25. Como será a alimentação?

(☐) CONTRATADA (☐) FEITA PELOS PARTICIPANTES (☐) FEITA POR UMA EQUIPE

26. Existe local adequado para armazenar alimentos perecíveis? (☐)SIM (☐)NÃO

27. Existe água potável suficiente no local? (☐)SIM (☐)NÃO

Caso negativo, como será providenciada?

28. Plano de contingência operacional

LOCAL/ATIVIDADE	POSSÍVEIS RISCOS/ GRAU DE RISCO	Equipe resp.	Plano de ação	AÇÃO CORRETIVA	RESPONS.
Rodovia: JORNADA	Atropelamento: Médio	Infraestrutura	Orientação sobre o sistema viário no local, como andar e proceder em rodovia, carro de apoio antes e depois a fila	Em caso de acidente, isolar o local, chamar o Samu ou bombeiros, determinar distância de segurança para transeuntes, carros e jovens que estão na atividade.	Coordenação da atividade, equipe de saúde médica

Local/atividade: especificar qual atividade a que se refere

Possíveis Riscos/grau: colocar risco identificado e nível (baixo, médio, alto, muito alto)

Plano de ação: o que será feito pela equipe para que não ocorra o risco (antes)

Ação corretiva: o que será feito pela equipe caso ocorra mesmo com o plano de ação (depois)

Responsáveis em caso de acidente

29. Informações adicionais:

30. Fotos do local

(Alojamento, local de atividades, portões de entrada e saída, refeitório, enfermaria, etc...)





VISITA TÉCNICA REALIZADA: **DATA**





TERMO DE COMPROMISSO DO COORDENADOR DE EVENTO

São tarefas de responsabilidade do coordenador da proposta de evento:

- Constituir a comissão organizadora do evento.
- Reservar o espaço físico para o evento.
- Entregar antes do início do evento o Plano de segurança e Contingência, Ficha de Solicitação de cadastro no PAXTU, Programação detalhada do evento, Edital e boletins referentes ao evento, se houver.
- Ao término do evento e entregar à DME o relatório da atividade, preferencialmente com registro fotográfico da atividade.

Declaro estar ciente dos itens estabelecidos por este termo, e assumo a responsabilidade de cumpri-los, na realização do evento

Por ser verdade, dato e assino o presente.

Juiz de Fora, ____ de _____ de _____

COORDENADOR DO EVENTO

(Assinatura Eletrônica [GOV.br ou outra certificação legalmente válida!!])

SEU NOME

FUNÇÃO NO EVENTO

(Assinatura Eletrônica [GOV.br ou outra certificação legalmente válida!!])

Nome

Coordenador distrital





ANEXO I

INSIRA AQUI A PROGRAMAÇÃO DA SUA ATIVIDADE

(Com o descritivo do que será cada atividade)

