



Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho

Curso



Planificação de Emergência e Atendimento de Catástrofes

Matéria

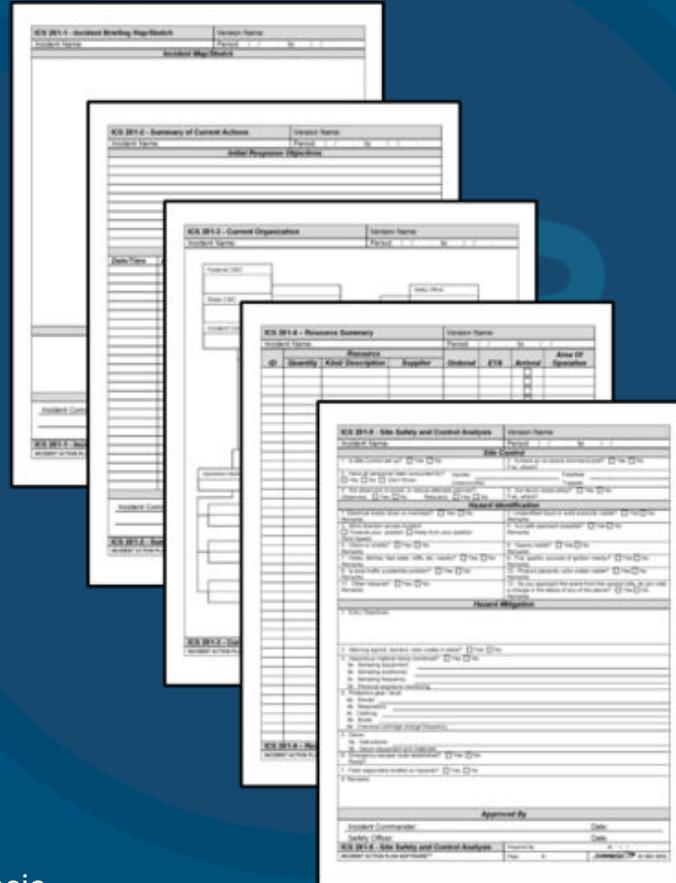


Documentos da Emergência

Módulo 04



Documentos do Incidente



ICS - 201



SICOE Situação Inicial - ICS 201		
Dia: 20Jan14	SIOPM:	Endereço: Rua Ana Maria Montovan
<i>Foto/croqui (Copie e cole as figuras)</i>		
<i>Situação atual (Escreva aqui a situação atual da emergência)</i>		
Elaborado por:	Primeiro no local:	

ICS - 202



Objetivos da emergência ICS 202	1. Emergência	2. Data	3. Hora
4. Período operacional (00:00h às 00:00h)			
5. Endereço, N°, Complemento		Cidade	Bairro
6. Prioridades			
1			
2			
3			
4			
5			
7. Objetivos para este período operacional			
1			
2			
3			
4			
5			
8. Previsão do tempo para este período operacional			
9. Mensagem geral de segurança			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
10. Circule os Anexos que acompanham esta planilha (Se houver)			
Organização	Atividades	PP intervenção	Cálculo de área
Operações	Plano operacional	PP 704	Plan. Estratégica (croqui)
Comunicações	Viaturas	Transbordo	Nota de imprensa
Médico	Resumo emergência	BLEVE	Custos
Vítimas	Organograma	Cálculo EFE	
Segurança	Incêndio	Cálculo distância	
Efetivo	PP	Organograma	
11. Feito por		12. Aprovado por Comandante do Incidente	

ICS - 203



LISTA DE ORGANIZAÇÃO ICS 203		SIOPM		9. Seção de operações	
1. Emergência				Sub Chefe	
2. Data		3. Hora		Auxiliar	
4. Período operacional				a. Setor I	
5. Staff da Emergência				Chefe	
Com. Incidente				Sub Chefe	
Ch. S. Operações				Guarnição/Equipe	
Segurança				Guarnição/Equipe	
Informações				Guarnição/Equipe	
Comunicação				Guarnição/Equipe	
6. OPMs/Órgãos envolvidas				Guarnição/Equipe	
OPM Órgão		Responsável		b. Setor II	
				Chefe	
				Sub Chefe	
				Guarnição/Equipe	
				c. Setor III	
				Chefe	
				Sub Chefe	
				Guarnição/Equipe	
7. Seção de planejamento e RH				Guarnição/Equipe	
Chefe				Guarnição/Equipe	
Sub Chefe				Guarnição/Equipe	
Área de espera				Guarnição/Equipe	
Desmobilização				d. Setor IV	
RH				Chefe	
				Sub Chefe	
				Guarnição/Equipe	
				Guarnição/Equipe	
				Guarnição/Equipe	
				e. Grupo de operações aéreas	
				Chefe	
				Piloto	
				Tripulante	
8. Seção de logística				Aeronave Prefixo	
Chefe				10. Seção de finanças	
Sub Chefe				Chefe	
Unidade de recursos				Sub Chefe	
Unid. de logística				Unid. Tempo	
Unid. de descanso				Procurador	
Unid. Alimentação				Pretensão/ reinvindicação	
Unid. Médica				Unid. Custos	
Acampamento					
Preparado por (Líder Unidade Recursos)					

ICS - 205



Comunicações - ICS 205 Instruções: Preencha se houver distribuição de rádios e/ou nextel. Anote n° celular.		1. Emergência	2. Data/Hora	3. Período operacional Hora	
4. Canal básico de rádio utilizado/ Nextel/ Celular - EFETIVO DO CORPO DE BOMBEIROS					
Tipo de rádio	DESIGNAÇÃO	Função	Frequência/n°	CANAL	Observações
HT					
Nextel/Celular					
HT					
Nextel/Celular					
HT					
Nextel/Celular					
HT					
Nextel/Celular					
HT					
Nextel/Celular					
HT					
Nextel/Celular					
HT					
Nextel/Celular					
5. Elaborado por (Chefe de comunicações)			6. Aprovado por (Comandante de Incidente)		

ICS - 205A



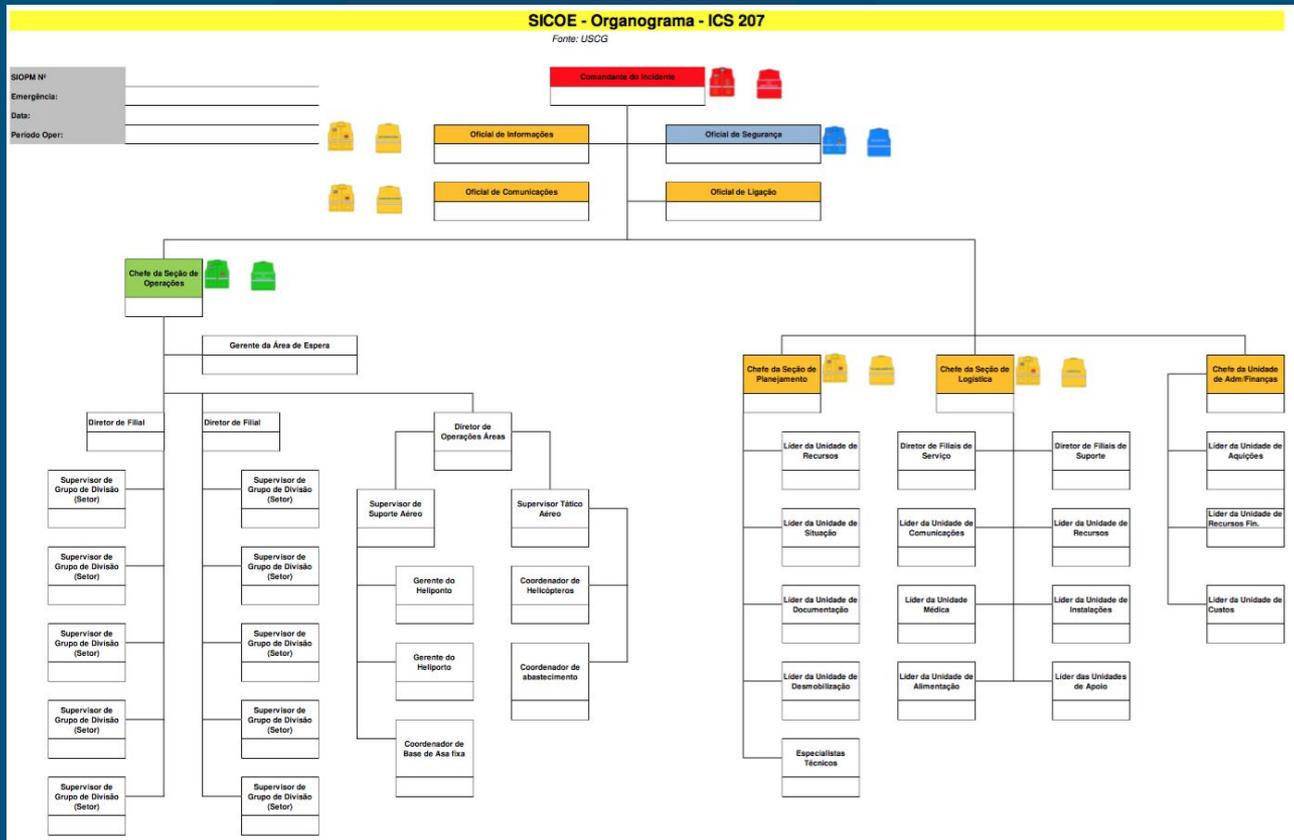
Comunicações - ICS 205A		1. Emergência	2. Data/Hora	3. Período operacional Hora	
Instruções: Preencha se houver distribuição de rádios e/ou nextel. Anote n° celular.					
4. Canal básico de rádio utilizado/ Nextel/ Celular - INSTITUIÇÕES ÓRGÃOS DA ASSESSORIA TÉCNICA					
Tipo de rádio	Nome	Função	Frequência/n°	Designação	Observações
HT					
Nextel/Celular					
HT					
Nextel/Celular					
HT					
Nextel/Celular					
HT					
Nextel/Celular					
HT					
Nextel/Celular					
HT					
Nextel/Celular					
HT					
Nextel/Celular					
5. Elaborado por (Chefe de comunicações)			6. Aprovado por (Comandante de incidente)		

ICS - 206A



PLANO MÉDICO - ICS 206A		1. Emergência	2. Data	3. Hora	4. Período oper.	5. SIOPM		
Instruções: Preencha se houver vítimas. Preencha apenas os campos em branco.								
N ^o	Nome	NACIONALIDADE	Sexo	Idade	Anamnese	START	Hosp Encaminhado	Vtr/ Ambul.
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								

ICS - 207



ICS - 211



Lista de controle de Efetivo - ICS 211		Emergência		Localização da área de espera		Data		Efetivo	
Instruções: Preencha apenas os campos em branco. Campo que deve ser imediatamente preenchido é Posto/Grad.									
Check-In Informação									
Nº	OPM	Posto/Grad	RE	Nome	Tipo vtr	Prefixo	Data/hora no local	Data/Hora regresso	Horas
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									

ICS - 213



MENSAGEM SEGURANÇA - ICS 213		
Instruções: Preencha apenas os campos em branco. Imprima a quantidade necessária para ampla divulgação da Mensagem Utilize como base a matriz de riscos		
Emergência:		Data:
		Data/Hora emissão Msg:
Período operacional:		
Maior risco:		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
Narrativa: Dos riscos		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
Preparado por:		
OFICIAL SEGURANÇA		

ICS - 215



PLANEJAMENTO OPERACIONAL ICS 215		Localção de recursos	Data de elaboração	Período operacional	SIOPM N°	Instruções: Preencha apenas os campos em branco
Emergência			Tipo de recursos			
OPM/Guarn	DESIGNAÇÃO MATERIAL		Equipamentos/veiculos/materiais	Hora no local ou de previsão de chegada	No local? (X)	STATUS
		Requerido				
		Identificado				
		Total				
		Requerido				
		Identificado				
		Total				
		Requerido				
		Identificado				
		Total				
		Requerido				
		Identificado				
		Total				
		Requerido				
		Identificado				
		Total				
		Requerido				
		Identificado				
		Total				
		Requerido				

NOTA DE IMPRENSA



NOME DA EMPRESA	
NOTA DE IMPRENSA	
Ocorrência:	_____
Data:	_____
Endereço:	_____
Bairro:	_____
Cidade:	_____
Cmt Incidente:	_____
Viaturas do CB:	_____
Quant. Bombeiros:	_____
Quant. Vítimas	_____
Vítimas em óbito	_____
Área envolvida:	_____ m ²
Objetivos do CB:	

Medidas de controle:	

Outros órgãos:	
Pessoal envolvido	_____
Veículos	_____
Responsável pela nota:	_____
Data:	_____
	Hora: _____