

## Plano de Saúde e Segurança do Local ICS-208-CG (rev 9/06)

**Nome do Incidente:**

**Preparado Dia/Hora: Período Operacional:**

**Objetivo.** O Plano de Saúde e Segurança do Local compatível com o ICS foi elaborado tendo em vista o pessoal de saúde e segurança que usa o Sistema de Comando do Incidente (ICS). É compatível com o ICS e foi concebido para atender aos requisitos da regulamentação sobre Operações com Resíduos Perigosos e Resposta à Emergências (Capítulo 29, Código de Regulamentos Federais, Parte 1910.120). O plano evita a duplicação encontrada em muitos outros planos de proteção e formulários de ICS. Está em formato conhecido dos usuários de ICS. Embora tenha sido elaborado originalmente para derramamentos de petróleo e produtos químicos, o plano pode ser usado em todas as situações envolvendo materiais perigosos. Perguntas sobre o documento devem ser encaminhadas à Guarda Costeira – Escritório de Gerenciamento e Prevenção de Incidentes (G-RPP).

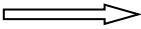
### Tabela de Formulários

NOME DO FORMULÁRIO	No.	USO	EXIGIDO	OPCIONAL	ANEXO
Plano de Resposta e Segurança em Emergências	A	Fase da Resposta a Emergência (não controlado)	X		X
Plano de Segurança do Local	B	Fase pós-emergência (estabilizado, limpo)	X		X
Mapa do Local	C	Mapa do local e Riscos - fase pós-emergência	X		X
Plano de Resposta a Emergências	D	Parte do Formulário B, para emergências	X		X
Plano de Monitoramento Exposições	E	Plano de Monitoramento Exposições – p/ monitoramento	X		X
Registro do Monitoramento do Ar	E-1	Para registrar dados de monitoramento do ar	X*		X
Equipamento de Proteção Pessoal	F	Para documentar procedimentos e equipamentos PPE	X*		X
Descontaminação	G	Para documentar procedimentos e equipamento de descontaminação	X*		X
Registro de Cumprimento da Segurança no Local	H	Usado para dar cumprimento à segurança no site		X	
Formulário indicando que o trabalhador tomou ciência das informações	I	Para documentar que empregado recebeu briefing		X	X
Formulário A Checklist de conformidade	J	Para auxiliar na verificação do cumprimento do HAZWOPER		X	
Formulário B Checklist de conformidade	K	Para auxiliar na verificação do cumprimento do HAZWOPER		X	
Checklist ‘Drum Compliance’	L	Para auxiliar na verificação do cumprimento do HAZWOPER		X	
Outro:					

\* Exigido somente se função ou equipamento for usado durante a resposta

<b>PLANO DE Resoista e Segurança em Emergências.</b>		1. Nome do Incidente		2.Preparado em: dia/hora		3. Período Operacional		4. Anexo:							
5.Organização IC/UC:		Segurança: Superv. Div/Grupo: FF & Salvage		Equipe:		Equipe de Apoio:		Equipe de Descontaminação							
6.a. <u>Perigos físicos e proteção</u>		6.b.Espaço confinado <input type="checkbox"/> Ruído <input type="checkbox"/> Estresse por calor <input type="checkbox"/> Estresse por frio <input type="checkbox"/> Elétrico <input type="checkbox"/> Animal/Planta/Inseto <input type="checkbox"/> Ergonomico <input type="checkbox"/> Rad de Inonização <input type="checkbox"/> Quedas/Tropeços <input type="checkbox"/> Atingido por <input type="checkbox"/> Água <input type="checkbox"/> Violencia <input type="checkbox"/> Excavação <input type="checkbox"/> Lixo biomédico e/ou agulhas <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Outros (especificar)													
6.c. Tarefas e Controle	6d. Licença	6.e. Ventilaç ão	6f. Proteção ouvidos	6g. Calçado (tipo)	6.h. Capacete	6i. Vestuário (frio )	6j. Colet salva -vidas	6l. Horas trab./desc.	6.m. Fluidos (quant./te mpo)	6.n. Avisos & Barricada	6.p. Proteção quedas	6.q. Sentinelas	6.r. Proteção flash	6.s. Luvas	6.t. Outros
Ind. para FF															
Ind. p/ Avaliação Resgate															
7.a. Agente		7.b. Perigos			7.c. Órgãos visados			7.d. Rotas exposição		7.f. PPE		7.g. Tipo de PPE			
		Explosivo <input type="checkbox"/>		Radioativo <input type="checkbox"/>		Olhos <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> Pele <input type="checkbox"/> Ouvidos <input type="checkbox"/>		Inalação <input type="checkbox"/>		Protetor facial <input type="checkbox"/>					
		Inflamável <input type="checkbox"/>		Cancerígeno <input type="checkbox"/>				Absorção <input type="checkbox"/>		Olhos <input type="checkbox"/>					
		Reativo <input type="checkbox"/>		Oxidante <input type="checkbox"/>		Sistema nervoso central <input type="checkbox"/>		Ingestão <input type="checkbox"/>		Luvas <input type="checkbox"/>					
		Biomedico <input type="checkbox"/>		Corrosivo <input type="checkbox"/>		Respiração <input type="checkbox"/> Garganta <input type="checkbox"/>		Injeção <input type="checkbox"/>		Vest. interna <input type="checkbox"/>					
		Toxico <input type="checkbox"/>		Especif. outros: <input type="checkbox"/>		Pulmões <input type="checkbox"/> Coração <input type="checkbox"/> Fígado <input type="checkbox"/>		Membrana <input type="checkbox"/>		Splash Suit <input type="checkbox"/>					
						Rim <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Pulmões <input type="checkbox"/>				Vest. Nível At <input type="checkbox"/>					
						Circulatório <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/>				SCBA <input type="checkbox"/> APR <input type="checkbox"/>					
						Ossos <input type="checkbox"/> Outros especificar: <input type="checkbox"/>				SAR <input type="checkbox"/>					
										Cartuchos <input type="checkbox"/>					
										Resiste.ao fogo <input type="checkbox"/>					
8. Instrumentos:	8.a. Níveis de ação	8.b. Nome produto químico(s):	8.c. LEL/UEL %	8.d. Limite Odor Ppm	8.e. Teto/ IDLH	8.f. STEL/TLV	8.g. Pt. Fulgor/ Pt ignição  (F ou C)	8.h.Pressão Vapor (mm)	8.i. r Densidade Vapor	8.j. Especificar gravidade	8.l. Pt. Ebulição F ou C				
O2 <input type="checkbox"/>															
CGI <input type="checkbox"/>															
Radiação <input type="checkbox"/>															
Total HCs <input type="checkbox"/>															
Colorimetrico <input type="checkbox"/>															
Térmico <input type="checkbox"/>															
Outro <input type="checkbox"/>															

<b>PLANO DE RESPOSTA E SEGURANÇA em EMERGENCIAS</b>		1. Nome do Incidente		2.Preparado em Dia/Hora		3. Período Operacional		4. Anexos:	
9. <u>Descontaminação:</u> Instrumento -Drop Off <input type="checkbox"/> Remoção botas/luvas <input type="checkbox"/> Descarte Vest./Luvas/Botas <input type="checkbox"/>		Lavagem vestimenta <input type="checkbox"/> Agente descont.: água <input type="checkbox"/> outro <input type="checkbox"/> Especificar:		Troca recipiente <input type="checkbox"/> Remoção vestimenta exterior <input type="checkbox"/> Remoção vestimenta interior <input type="checkbox"/> Remoção SCBA/Máscara <input type="checkbox"/>		Enxague mascara/SCBA <input type="checkbox"/> Remoção luvas internas <input type="checkbox"/> Remoção roupas serviço <input type="checkbox"/> Banho chuveiro <input type="checkbox"/>		Passos de intervenção <input type="checkbox"/> Especificar:	
10. <u>Mapa do site.</u> Inclui: zonas de trabalho, localização de perigos, perímetro de segurança, locais de refúgio, linha descontaminação, rotas de evacuação, ponto de reunião, direção do norte geográfico <input type="checkbox"/> anexado <input type="checkbox"/> desenhado abaixo:									
11.a. <u>Emergências potenciais:</u> Fogo <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>		11.b. Alarmes de Evacuação: Corneta <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Sinos <input type="checkbox"/> Toque sonoro <input type="checkbox"/> Código Rádio <input type="checkbox"/> Outros:		11.c Procedimentos de Evacuação e Prevenção em Emergências: Distância de Segurança:					
12. a. <u>Comunicações:</u> Radio <input type="checkbox"/> Telefone <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>		12.b. Comando:			12.c. Tático:			12.d. Entry #:	
13.a. <u>Segurança do Local:</u> pessoal designado		13.b. Procedimentos:						13.c. Equipamento:	
14.a. <u>Emergência médica:</u> pessoal designado na área de espera		14.b. Porcedimentos: evacuar para area de espera						14.c Equipamentos: Ambulancia na área de espera	
15. <u>Preparado por:</u>		16. Briefing feito em <u>Dia/Hora:</u>						ICS-208-CG SSP-A	

<b>CG ICS Plano de Segurança do Local(SSP) CONTROLE/AVAL/ ID PERIGOS</b>	1. Nome do incidente	2. Preparado Dia/Hora	3. Período Operacional	4. Oficial de Segurança (incluir meio de contato)	
5. Supervisor/Líder	6. Localização e tamanho do Local	7. Acessibilidade ao local Terra <input type="checkbox"/> Água <input type="checkbox"/> Ar <input type="checkbox"/> Comentários:	8. Para contatos de emergência:	9. Anexos: <b>A</b>	
10.a. Tarefa/atividade de trab.	10.b. Perigos* 	10.c. Ferimento potencial & efeitos na saúde	10.d. Rotas de exposição	10.e. <u>Controles:</u> de engenharia, administrativos, PPE	
			Inalação <input type="checkbox"/> Absorção <input type="checkbox"/> Ingestão <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> Membrana <input type="checkbox"/>		
			Inalação <input type="checkbox"/> Absorção <input type="checkbox"/> Ingestão <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> Membrana <input type="checkbox"/>		
			Inalação <input type="checkbox"/> Absorção <input type="checkbox"/> Ingestão <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> Membrana <input type="checkbox"/>		
			Inalação <input type="checkbox"/> Absorção <input type="checkbox"/> Ingestão <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> Membrana <input type="checkbox"/>		
			Inalação <input type="checkbox"/> Absorção <input type="checkbox"/> Ingestão <input type="checkbox"/> Injeção <input type="checkbox"/> Membrana <input type="checkbox"/>		
11Preparado por:	12. Feito briefing em Dia/Hora:	* <b>Lista de perigos:</b> Físico/Segurança, Tóxico, Explosão/Fogo, Falta de Oxigenio, Radiação ionizante, Biológico, Biomédico, Elétrico, Estresse ao calor, Estresse ao frio, Ergonômico, Ruído, Câncer, Dermatite, Afogamento, Fadiga, Veículo e Mergulho			<b>ICS-208-CG SSP-B</b> Pág. de

15. Preparado por: SOFR	16. Briefing feito em:	<b>LISTA DE PERIGOS:</b> <u>Efeitos potenciais na saúde:</u> lesões/laceração, dano orgânico, Efeitos no sistema nervoso central, câncer, dano ao sistema reprodutivo, dor lombar, perda audição temporária, dermatite, efeitos respiratórios, fraturas ósseas e ardência nos olhos
----------------------------	------------------------	---

<b>CG ICS SSP: Plano de Monitor. da Exposição</b>	1. Nome do Incidente	2. Prep. Dia/Hora:	3. Período Operacional:	4. Oficila de Segurança (Método de contato): SOFR
---	----------------------	--------------------	-------------------------	--

5. Operação/Tarefa específica	6. Local levantamento	7. Dia/Hora Levantamento	8. Metodologia monitoramento	9. Instrumento leitura direta	10. Amostragem do ar	11. Perigo(s) a monitorar	12. Duração monitoramento	13. Razões do monitoramento	14. Suporte laboratorial para análise
			<input type="checkbox"/> Zona de respiração pessoal <input type="checkbox"/> Monitoramento de ar do local <input type="checkbox"/> Monitoramento da exposição dermatológica <input type="checkbox"/> Monitoramento biológico <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Obter amostras a granel <input type="checkbox"/> Outros:	<u>Modelo:</u>  <u>Fabricante:</u>  Última data calibração do fabricante:	Método de análise/amostragem:  <u>Meio de coleta:</u> <input type="checkbox"/> Tubo de carvão <input type="checkbox"/> Silica Gel <input type="checkbox"/> Filtro37 mm MCE <input type="checkbox"/> Filtro37 mm PVC <input type="checkbox"/> Outro: _____	Níveis de O2 , níveis de flamabilidade	Por hora	<input type="checkbox"/> Conformidade à regulamentação <input type="checkbox"/> Avaliar adequabilidade PPE atual <input type="checkbox"/> Validar controles de engenharia <input type="checkbox"/> Monitorar condições de IDLH <input type="checkbox"/> Outro _____	
			<input type="checkbox"/> Zona de respiração pessoal <input type="checkbox"/> Monitoramento de ar do local <input type="checkbox"/> Monitoramento da exposição dermatológica <input type="checkbox"/> Monitoramento biológico <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Obter amostras a granel <input type="checkbox"/> Outros:	<u>Modelo:</u>  <u>Fabricante:</u>  Última data calibração do fabricante:	Método de análise/amostragem:  <u>Meio de coleta:</u> <input type="checkbox"/> Tubo de carvão <input type="checkbox"/> Silica Gel <input type="checkbox"/> Filtro37 mm MCE <input type="checkbox"/> Filtro37 mm PVC <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Conformidade à regulamentação <input type="checkbox"/> Avaliar adequabilidade PPE atual <input type="checkbox"/> Validar controles de engenharia <input type="checkbox"/> Monitorar condições de IDLH <input type="checkbox"/> Outro _____	
			<input type="checkbox"/> Zona de respiração pessoal <input type="checkbox"/> Monitoramento de ar do local <input type="checkbox"/> Monitoramento da exposição dermatológica <input type="checkbox"/> Monitoramento biológico <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Obter amostras a granel <input type="checkbox"/> Outros:	<u>Modelo:</u>  <u>Fabricante:</u>  Última data calibração do fabricante:	Método de análise/amostragem:  <u>Meio de coleta:</u> <input type="checkbox"/> Tubo de carvão <input type="checkbox"/> Silica Gel <input type="checkbox"/> Filtro37 mm MCE <input type="checkbox"/> Filtro37 mm PVC <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Conformidade à regulamentação <input type="checkbox"/> Avaliar adequabilidade PPE atual <input type="checkbox"/> Validar controles de engenharia <input type="checkbox"/> Monitorar condições de IDLH <input type="checkbox"/> Outro _____	

18. Revisado pelo Oficial de Segurança:	<u>Reporting:</u> Resultados do monitoramento devem ser registrados no formulário ICS-208-CG SSP-E-1 form (Registro de monitoramento do ar) e anexado como parte do atual Plano de Segurança do Site e Plano de Ação do Incidente. Exposições relevantes devem ser imediatamente encaminhadas ao IC e Staff Geral para correções imediatas.	<b>ICS-208-CG SSP-E</b> Pág. _____ de _____
---	---	--

<b>CG ICS SSP: REGISTRO DE MONITORAMENT O DE AR</b>	1. Nome do incidente	2. Preparado Dia/Hora	3. Período Operacional	4. Oficial de Segurança (incluir método de contato)	
	6. Perigos que preocupam O2/Inflamabilidade	7. Nível de ação (incluir referências):		8. <u>Clima</u> : Temperatura:                      Precipitação: Vento: Umidade relativa: Nuvens:	
9.a. Instrumento, Número ID calibrado? Indicar abaixo	9.b. Nome(s) pessoa(s) monitoramento	9.c. Resultados (unidades)	9.d. Local	9.f. Hora	9.g. Interferências e comentários
10. Revisado pelo Oficial de Segurança:		<u>Efeitos potenciais na saúde:</u>			<b>ICS-208-CG SSP-E-1</b> <b>(rev 9/06):</b> Pág. _____ De _____

<b>CG ICS SSP:</b> <b>DESCONTAMINAÇÃO</b>	1. Nome do Incidente		2. Preparado Dia/Hora		3. Período Operacional		4. Oficial de Segurança (incluir método de contato)		
	5. Supervisor/Líder		6. Local e tamanho do site		7. Para contatos de emergência:		8. Perigo(s) considerado(s):		
	9. Equipamento:						10. Referências consultadas:		
11. Práticas para evitar contaminação: Std FF e Descontaminação Óleo		12. Diagrama descontaminação: <input type="checkbox"/> Anexo, <input type="checkbox"/> Desenhado abaixo Usar std FF e Descontaminação Óleo						13. Passsos descontaminação Usar Std FF e Descontaminação Óleo	
14. Preparado por:		15. Briefing feito em:		<u>Efeitos potenciais na saúde:</u>				<b>ICS-208-CG SSP-G (rev 9/06):</b> Pág. ____ de ____	

