



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DA BOA VISTA**

“Terra de Luta e Fé”

“Doe Órgãos, doe sangue: salve vidas”

**PLANO DE CONTINGENCIAMENTO
Decreto Municipal 3.248/2021 e 3.249/2021**

Nome da empresa: _____

CNPJ/CPF: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Atividade: _____

Número de Funcionários e/ou colaboradores independente do vínculo trabalhista:

Área física do estabelecimento (tamanho do prédio em m²) _____

Ocupação máxima constante no APPCI _____

Informações sobre restrições que serão adotadas, tanto para o público de clientes consumidores junto ao estabelecimento, quanto para os funcionários

Medidas que serão adotadas para cumprimento de escalas de trabalho, contendo o nome de cada funcionário, e a escala de trabalho e o nome do responsável pela implementação e fiscalização _____

End.: Rua Independência, 374 - Fones: (053) 3258 1186, 3258 1238, 3258 1215 e 3258 1205

Fax:(53)3258 1350 - CNPJ:88141460/0001-80 - CEP:96590-000 - Santana da Boa Vista-RS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DA BOA VISTA

“Terra de Luta e Fé”

“Doe Órgãos, doe sangue: salve vidas”

Identificação do responsável pela implantação e manutenção da atividade de higienização _____

Identificação do responsável pela implantação e controle do distanciamento nas filas de acesso ao estabelecimento _____

Comprovação de realização de orientação aos funcionários e demais colaboradores sobre a adoção de cuidados pessoais para enfrentamento do COVID-19 _____

TERMO DE COMPROMISSO:

Eu, _____
(_____), declaro que as informações acima prestadas são a mais pura expressão da verdade, e me comprometo a cumprir todas as orientações contidas dos decretos federais, estaduais e municipais com relação a pandemia do COVID-19, e que estou ciente de que o descumprimento do plano de contingenciamento implica na imediata interrupção das atividades do estabelecimento.

Além disso, fica autorizado, desde logo e a qualquer tempo, o ingresso dos fiscais municipais às dependências do estabelecimento para verificação quanto do cumprimento das obrigações assumidas no presente plano.

Santana da Boa Vista, ____/____/2021.

Assinatura responsável

RG: _____

Recebido em ____/____/2021

Responsável pelo recebimento: _____