

ANEXO II

TERMO DE ADESAO AO SERVIÇO VOLUNTÁRIO E PLANO DE TRABALHO COLETIVO

Unidade Descentralizada:							
Responsável pelo programa:				Matrícula:			
Local de Trabalho:							
Descrição das Atividades:							
Linhas temáticas:							
Duração do trabalho:							
Cronograma de Trabalho:	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Manhã							
Tarde							
Noite							
Carga Horária:							

Nós, abaixo-assinados na lista anexa (que possua: nome completo com letra legível, documento de identificação e assinatura), reconhecemos, entendemos e concordamos, por meio deste documento e em consideração à nossa participação na prestação de serviço voluntário na (nome da Superintendência), que:

Minha participação como voluntário(a) dar-se-á por minha livre e espontânea vontade nesta data;

Estou ciente da legislação específica sobre Serviço Voluntário e aceito atuar como voluntário nos termos do presente Termo de Adesão.

Estou ciente que, de acordo com a Lei nº 9.608 de 18/02/98, o serviço voluntário é atividade não remunerada, e não gera vínculo empregatício nem funcional, ou quaisquer obrigações trabalhistas, previdenciárias e afins.

Estou ciente da legislação específica sobre Crimes Ambientais e Educação Ambiental, especificamente a Lei nº 9.605/1998 e Lei nº 9.795/1999.

Como voluntário na Superintendência do Pará, Gerência Executiva de Santarém, comprometo-me a respeitar a legislação vigente, seja ela municipal, distrital, estadual ou federal, assumindo toda e qualquer consequência de meus atos no período de duração do meu envolvimento como voluntário nessa Unidade.

Será de minha exclusiva responsabilidade a eventual utilização de equipamento de minha propriedade durante o exercício das atividades previstas neste Termo de Adesão.

Autorizo o uso da minha imagem para fins de divulgação pelo IBAMA.

Termo de conhecimento de risco
1. As atividades em ambientes naturais e Centros de Triagem, envolvem riscos, portanto farei somente aquilo que minha habilidade e condição física permitirem e que esteja de acordo com as regulamentações específicas da Unidade.
Declaro estar ciente dos riscos em função das atividades nestas unidades.
2. Recomendações sobre a Unidade Descentraliza: (preenchimento facultado à Unidade Descentralizada)
Declaramos que estamos aptos a participar deste tipo de atividade, somos responsáveis por nossos atos e confirmo a veracidade das informações por nós fornecidas neste documento.
Local, data.
Assinatura dos Voluntários
(Incluir cópia dos documentos de identidade e CPF dos voluntários)
Assinatura e matrícula do Responsável pelo Programa na unidade

ANEXO III

FICHA MÉDICA

MEDICAMENTOS			
Toma algum medicamento controlado?			
() Não	() Sim	Qual?	
Possui alergia a algum medicamento ou componente químico?			
() Não	() Sim	Qual?	
REAÇÕES ALÉRGICAS			
Qual o tipo de alergia que possui?			
Não possui alergias			
A alimentos. Quais?			
A picada de insetos. Algum específico?			
A algum componente químico de protetores solares, repelentes ou similares? Quais?			
Outros. Quais?			
VACINAS E OUTRAS INFORMAÇÕES			
Já tomou vacina contra febre amarela?			
() Não	() Sim	Quando?	
Já tomou vacina antitetânica?			
() Não	() Sim	Quando?	
Já tomou vacina contra COVID?			
() Não	() Sim	() 1ª Dose () 2ª Dose () 3ª Dose. Quando?	
Você é diabético(a)?			
() Não	() Sim	() Insulino dependente	
Você é epilético(a)?		() Não	() Sim
Você está grávida?		() Não	() Sim. Quantas semanas?
Tipo Sanguíneo:		Fator RH	
RESTRIÇÕES (indicar restrições físicas ou doenças crônicas por ventura existentes)			
EM CASO DE ACIENTE LIGAR PARA:			
Nome:		Parentesco	
Telefone:		Celular:	
Observações Adicionais:			
Declaro serem verdadeiras as informações por mim fornecidas neste documento.			

Assinatura dos Voluntários
RG:
CPF:

ALEX LACERDA DE SOUZA
Superintendente

