

voluntário é atividade não remunerada, e não gera vínculo empregatício nem funcional, ou quaisquer obrigações trabalhistas, previdenciárias e afins.

4. Estou ciente da legislação específica sobre Unidades de Conservação (Lei Federal nº 9.985/2000 e Lei Estadual 10.306/2023), Crimes Ambientais (Lei nº 9.605/1998) e Educação Ambiental (Lei nº 9.795/1999).

5. Como voluntário, comprometo-me a respeitar a legislação vigente, assumindo toda e qualquer consequência de meus atos no período de duração do meu envolvimento como voluntário.

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

7. Autorizo o uso da minha imagem para fins de divulgação pelo Ideflor-Belém, de de .

Voluntário ou Responsável

RG:

CPF:

PLANO DE TRABALHO

|                                                               |                              |         |                    |         |                         |         |         |  |  |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------|---------|--------------------|---------|-------------------------|---------|---------|--|--|
| Linhas Temáticas                                              |                              |         |                    |         |                         |         |         |  |  |
|                                                               | Manejo dos recursos Naturais |         |                    |         |                         |         |         |  |  |
|                                                               | Pesquisa e Monitoramento     |         |                    |         |                         |         |         |  |  |
|                                                               | Valorização de Comunidades   |         |                    |         |                         |         |         |  |  |
|                                                               | Uso Público                  |         |                    |         |                         |         |         |  |  |
|                                                               | Recuperação Florestal        |         |                    |         |                         |         |         |  |  |
|                                                               | Espécies Ameaçadas           |         |                    |         |                         |         |         |  |  |
|                                                               | Proteção Ambiental           |         |                    |         |                         |         |         |  |  |
|                                                               | Comunicação                  |         |                    |         |                         |         |         |  |  |
|                                                               | Administração                |         |                    |         |                         |         |         |  |  |
|                                                               |                              |         |                    |         |                         |         |         |  |  |
| Descrição das Atividades                                      |                              |         |                    |         |                         |         |         |  |  |
| O que fazer. Qual o objetivo. Como vai fazer. Onde vai fazer. |                              |         |                    |         |                         |         |         |  |  |
|                                                               |                              |         |                    |         |                         |         |         |  |  |
| Duração do serviço                                            |                              |         |                    |         |                         |         |         |  |  |
| Data de início e término                                      | Início: (    //    )         |         | Término: ( //    ) |         |                         |         |         |  |  |
| Frequência semanal                                            | seg ( )                      | ter ( ) | qua ( )            | qui ( ) | sex ( )                 | sab ( ) | Dom ( ) |  |  |
| Período                                                       | Manhã ( )                    |         | Tarde ( )          |         | Carga Horária: (    ) h |         |         |  |  |
|                                                               |                              |         |                    |         |                         |         |         |  |  |

Voluntário ou Responsável

RG:

CPF:

**TERMO DE CONHECIMENTO DE RISCO**

As atividades em ambientes naturais, como as Unidades de Conservação, envolvem riscos, portanto farei somente aquilo que minha habilidade e condição física permitirem e que esteja de acordo com as regulamentações específicas da Unidade de Conservação.

Declaro estar ciente dos riscos em função das atividades em ambiente natural e declaro que estou apto a participar deste tipo de atividade.

Ressalto que sou responsável por meus atos e confirmo a veracidade das informações por mim fornecidas no Termos de Adesão, Ficha Médica e Plano de Trabalho.

, de de .

Voluntário ou Responsável

RG:

CPF:

OBS: Incluir cópia dos documentos de identidade e CPF do(s) voluntário(s).

**FICHA MÉDICA**

1. MEDICAMENTOS

Toma algum medicamento controlado?

( ) Não. ( ) Sim. Qual (is)?

Possui alergia a algum medicamento ou componente químico?

( ) Não. ( ) Sim. Qual (is)?

2. REAÇÕES ALÉRGICAS

Qual é 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?

3. VACINAS & OUTRAS INFORMAÇÕES

Já tomou vacina contra febre amarela? ( ) Não. ( ) Sim. Quando?

Já tomou a vacina antitetânica? ( ) Não. ( ) Sim. Quando?

Você é diabético/a? ( ) Não. ( ) Sim.

Você é epilético/a? ( ) Não. ( ) Sim.

Tipo Sanguíneo: Fator RH:

4. RESTRIÇÕES

(Indicar restrições físicas e ou doenças crônicas porventuraexistentes).

5. EM CASO DE ACIDENTE LIGAR PARA

Nome:

Telefone:

Observações adicionais podem ser acrescentadas abaixo

Voluntário ou Responsável

Protocolo: 1055958

SECRETARIA DE ESTADO  
DE SEGURANÇA PÚBLICA  
E DEFESA SOCIAL

PORTARIA

**PORTARIA Nº036/2024/CCC/FESPDS/SEGUP/PA.**

Dispõe sobre designação de comissão fiscalizadora para acompanhar e fiscalizar a execução do instrumento.

O Secretário de Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Pará, Sr UALAME FIALHO MACHADO, no uso de suas atribuições legais; e

CONSIDERANDO a necessidade de manter o controle e a fiscalização sobre a execução dos contratos e congêneres firmados pelo Fundo Estadual de Segurança Pública e Defesa Social, tendo em vista os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência;

CONSIDERANDO o comando insculpido no artigo 67 da Lei Federal nº 8.666/93, quanto às determinações legais para o acompanhamento e a fiscalização dos contratos administrativos; o artigo 3º do Decreto nº 870/2013 e a Instrução Normativa nº 02/2019 da AGE; e

CONSIDERANDO a celebração do Contrato Administrativo nº 004/2024 - SEGUP/FESPDS/PA, celebrado junto a empresa W.E.V COMERCIAL LTDA, decorrente do Edital de Pregão Eletrônico nº 020/2023-SEGUP/FESPDS/PA, oriundo do Processo nº 2023/986512, cujo objeto é a aquisição de aparelhos de musculação e equipamentos,para o Quartel do Comando Geral da Polícia Militar do Estado do Pará, comrecursos provenientesdo Plano de Aplicação, oriundo do Termo de Adesão nº 27/2021, conforme especificaçõesconstantes no Termo de Referência, Anexo I do Edital, que:

**RESOLVE:**

Art. 1º. Designar o servidor 2º TEN QOAPM LUCIANO JOSÉ MAIA DE OLIVEIRA, Matrícula Funcional nº 57854051, como Presidente de Comissão,