



**PROTOCOLO**  
**UNIDADE E TRANSPORTE -UT**  
**UNIDADE DE TRANSPORTE BÁSICO -UTB**  
**EM URGÊNCIA EMERGÊNCIA**

Thiago de Paulo Marconi  
Secretário da Saúde

Ludmila Nunes Moreira Barbosa Mourão  
Diretora de Média e Alta Complexidade

Marly Cristina Fernandes  
Coordenadora de Urgência e Emergência

Palmas-TO, 01 abril de 2022

## SUMÁRIO:

|                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. SIGLAS E CONCEITOS:</b>                                 | <b>3</b>  |
| <b>2. INTRODUÇÃO</b>                                          | <b>4</b>  |
| <b>3. FINALIDADE</b>                                          | <b>4</b>  |
| <b>4. ABRANGÊNCIA</b>                                         | <b>4</b>  |
| <b>5. CLASSIFICAÇÃO DO TRANSPORTE:</b>                        | <b>5</b>  |
| <b>6. LINHAS DE CUIDADOS</b>                                  | <b>6</b>  |
| <b>7. AMBULÂNCIA DE TRANSPORTE SOCIAL –UTS</b>                | <b>6</b>  |
| <b>8. COMPETÊNCIA</b>                                         | <b>6</b>  |
| <b>9. RESPONSABILIDADES</b>                                   | <b>6</b>  |
| <b>9.1 QUANTO A REMOÇÃO DO PACIENTE</b>                       | <b>6</b>  |
| <b>10. ESPECIFICAÇÕES:</b>                                    | <b>7</b>  |
| <b>10.1 MÉDICO SOLICITANTE</b>                                | <b>7</b>  |
| <b>10.2 ENFERMEIRO</b>                                        | <b>7</b>  |
| <b>10.3 TÉCNICO DE ENFERMAGEM RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE</b> | <b>8</b>  |
| <b>10.4 ASSISTENTE SOCIAL</b>                                 | <b>9</b>  |
| <b>10.5 CONDUTOR</b>                                          | <b>9</b>  |
| <b>11. VEDADO:</b>                                            | <b>10</b> |
| <b>12. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO</b>                           | <b>10</b> |
| <b>13. REFERÊNCIAS:</b>                                       | <b>11</b> |
| <b>ANEXO 01</b>                                               | <b>12</b> |
| <b>ANEXO 02</b>                                               | <b>13</b> |

## **1. SIGLAS E CONCEITOS:**

### **1.1 Siglas**

**AVC** - Acidente Vascular Cerebral;

**SUS** - Sistema Único de Saúde;

**SAMU**- Serviço de Atendimento Móvel de Urgências;

**IAM** - Infarto Agudo do Miocárdio;

**RT** - Responsável Técnico;

**UT** - Unidade de Transporte Nível Baixo;

**UTB** - Unidade de Transporte Básico Nível Baixo Médio;

**UPAS** - Unidade de Pronto Atendimento das Urgências e Emergências;

## **2. INTRODUÇÃO**

De acordo com a Lei nº 8.080/90 do Sistema Único de Saúde (SUS), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde baseados no princípio da equidade e universalidade em conformidade com a proposta de reorganização e reestruturação da atenção às urgências por meio das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). O transporte social torna-se um recurso eficaz para o acesso aos níveis de alta complexidade proporcionando aos pacientes qualidades e resolutividade dos serviços de saúde.

## **3. FINALIDADE**

O Protocolo de transporte Básico (UT e UTB) em urgência e emergência (UPAs) é destinado ao deslocamento de usuários sem risco de morte em transporte de Baixo Risco, que necessitam deslocamento para unidade de alta complexidade, outras unidades, ou para o domicílio de pacientes acamados.

## **4. ABRANGÊNCIA**

- Pacientes sem risco imediato de morte com necessidade de transporte de Baixo Risco;
- Transporte da UPA para UPA após avaliação médica conforme a realização de formulário de transferência e realização do contra referência;
- Transporte da UPA para o Hospital de alta complexidade e outras unidades, após avaliação médica conforme a realização de formulário de transferência e realização do contra referência;

## 5. CLASSIFICAÇÃO DO TRANSPORTE:

| CLASSIFICAÇÃO DE TRANSPORTE UT                                                                                                                                                                                                                                | CONDIÇÕES CLÍNICAS DO CLIENTE                                                                                                                                                                              | MONITORIZAÇÃO                                                                                   | RESPONSÁVEL                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Baixo Risco (A) Baixo Risco (A) TIPO A</b><br>Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo. <b>Conforme Portaria nº 2048</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Clientes estáveis sem alterações críticas;</li><li>• Sem necessidade de oxigenoterapia.</li></ul>                                                                  | Sinais vitais estáveis em respiração em ar ambiente.                                            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Condutor</li></ul>                                   |
| CLASSIFICAÇÃO DE TRANSPORTE UTB                                                                                                                                                                                                                               | CONDIÇÃO CLÍNICA DO CLIENTE                                                                                                                                                                                | MONITORIZAÇÃO                                                                                   | RESPONSÁVEL                                                                                  |
| <b>Baixo Risco (A) Baixo Risco (A) TIPO B</b><br>Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo. <b>Conforme Portaria nº 2048</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Clientes estáveis sem alterações críticas.</li><li>• Paciente em até 05 litros O<sub>2</sub> &gt; ou = 94% de saturação. Considerando patologia de base.</li></ul> | Aferição dos dados vitais antes e após o transporte ou quando a equipe verificar a necessidade. | <ul style="list-style-type: none"><li>• Técnico de Enfermagem;</li><li>• Condutor.</li></ul> |

**OBS.** Paciente > 05 litros O<sub>2</sub> ou Saturando abaixo 92%, será acionado SAMU que irá avaliar tipo ambulância se é USB ou USA.

## **6. LINHAS DE CUIDADOS**

- Se atendimento inicial do paciente com AVC ou IAM for realizado em Unidade de Pronto Atendimento ou Unidade Básica de Saúde, o SAMU 192 será acionado para efetuar o transporte para uma unidade de referência;
- A Regulação do SAMU 192, será responsável pela triagem do paciente com suspeita de AVC ou IAM devendo direcionar o tipo de ambulância USB e USA-SAMU, dependendo da gravidade do paciente.

## **7. AMBULÂNCIA DE TRANSPORTE SOCIAL –UTS**

- Transporte de cunho social da UPAS para o domicílio para paciente acamados com avaliação da assistente social plantonista.
- Ao paciente acamado deve estar estável, o condutor deverá receber ajuda do acompanhante/ familiar para o transporte do paciente caso necessário.

## **8. COMPETÊNCIA**

Compete à Secretaria Municipal da Saúde de Palmas-TO, controlar e acompanhar a execução, como também providenciar a manutenção dos transportes. Compete a UPA Norte, UPA Sul e UPA Taquaralto a regulação do serviço sob supervisão do assistente social plantonista.

## **9. RESPONSABILIDADES**

### **9.1 QUANTO A REMOÇÃO DO PACIENTE**

- **PARA HOSPITAL:** É de responsabilidade do médico a transferência de pacientes para unidade hospitalar na Unidade de Transporte, visto que, cabe ao mesmo avaliar e regular as condições do paciente e acionar a unidade móvel de transporte adequada.
- **SERVIÇO SOCIAL:** É de responsabilidade do Serviço Social a solicitação de transporte, seguindo as normativas já estabelecidas.

## **10. ESPECIFICAÇÕES:**

### **10.1 MÉDICO SOLICITANTE**

- Ter conhecimento, cumprir as regras deste protocolo;
- Todo paciente removido para unidade hospitalar deve ser acompanhado por encaminhamento, com letras e carimbo legível e assinado (com número do CRM);  
**(Anexo 01)**
- Analisar as condições clínicas do paciente para a realização do transporte (estado geral, resultados de exames, uso de dispositivos avançados, risco-benefício da realização do transporte);
- Para o transporte, faz-se necessária avaliação criteriosa quanto às reais condições do paciente em concordância com o protocolo de transporte;
- A responsabilidade inicial da remoção é do médico transferente, assistente ou substituto, até que o paciente seja efetivamente recebido pelo Médico ou Enfermeiro receptor;
- Estabelecer comunicação efetiva com as equipes dos locais de origem e de destino.

### **10.2 ENFERMEIRO**

- Organizar o prontuário para ser transferido;
- Comunicar o serviço social para solicitação de transporte;
- Conforme prescrição médica verificar o tipo de transporte (baixo, médio e alto risco);
- Analisar as condições clínicas do paciente;

- Verificar o preenchimento do formulário de transporte e anexar ao prontuário.

### **10.3 TÉCNICO DE ENFERMAGEM RESPONSÁVEL PELO TRANSPORTE**

- Apresentar no plantão para Serviço e Supervisor de Enfermagem;
- Preparar o cliente;
- Avaliar o paciente quanto sua estabilidade e criticidade;
- Informar ao médico assistente quanto possível alteração do quadro do paciente e mudança de perfil de risco do mesmo;
- Pacientes apresentando sinais vitais e nível de consciência alterado deverá ser acionado a equipe do SAMU;
- Reunir e testar a integridade/funcionamento dos materiais e dos equipamentos;
- Acompanhar o cliente no transporte de baixo e médio;
- Recompôr a unidade e o cliente;
- Ter conhecimento em suporte básico de vida;
- Preencher o check-list do Transporte conforme anexo 03;
- Monitorar o nível de consciência;
- Utilizar medidas de proteção (grades, cintos de segurança, entre outras)
- Paramentar-se com equipamentos de proteção individual indicado, conforme quadro clínico do paciente e recomendações padronizadas pela CCIH. Para maiores informações, conforme Protocolos da CCIH;
- Utilizar precauções, conforme indicação, durante todo o transporte;
- Permanecer junto ao paciente, durante todo o transporte, não podendo, o profissional, em nenhuma hipótese permanecer na cabine do motorista durante o transporte com paciente;
- Desprezar os materiais utilizados adequadamente;
- Realizar desinfecção dos equipamentos utilizados e guardá-los adequadamente;
- Realizar anotações de enfermagem, no prontuário do paciente, contendo minimamente: o horário da saída, instituição/setor de destino, motivo do transporte, acompanhantes, equipe de transporte, dispositivos, documentos encaminhados, condições gerais do paciente, Procedimentos / cuidados realizados (punção de acesso venoso, instalação de oxigênio, sinais vitais, etc), queixas;
- Preencher o caderno de controle de transporte;

- Caso aconteça intercorrência durante o percurso da transferência chamar SAMU 192.

#### **10.4 ASSISTENTE SOCIAL**

- Fazer contato com o Técnico de Enfermagem;
- Verificar com o condutor as condições do transporte (UT ou UTB);
- Avaliar e Registrar informações da demanda em instrumento de controle (Livro de transporte);
- Repassar a demanda com formulário devidamente preenchido o anexo 01 para o Condutor e Técnico de Enfermagem;
- Inserir no sistema o atendimento do paciente eSUS;
- Fazer o contato com a família quando necessário para informação da transferência do paciente;
- Preencher o caderno de controle de transporte;
- Autorizar a transferência com carimbo da unidade.

#### **10.5 CONDUTOR**

- Apresentar ao assistente social plantonista na entrada e saída do trabalho;
- Realizar o checklist da viatura no início do plantão;
- Receber a demanda, identificar o paciente conforme informação no formulário;
- Deverá realizar o transporte conforme orientação deste protocolo;
- Fazer a busca ativa da maca em hospitais quando esta for deixada por necessidade do paciente;
- Conduzir o veículo de forma segura e eficiente durante o transporte do paciente, observando todas as regras e leis de trânsito, inclusive não trafegando em locais de difícil acesso que impossibilitem o movimento seguro do veículo;
- Definir o trajeto mais adequado para o traslado do paciente com o objetivo de tornar mais seguro o transporte;
- Auxiliar na remoção do paciente;
- Comunicar ao Coordenador Administrativo e Serviço Social qualquer mudança/ alteração / defeito/ no Transporte (UT e UTB);

- Verificar integridade e funcionamento do meio transporte escolhido: presença e funcionamento de cintos de segurança, funcionamento de grades laterais, movimentação adequada da cabeceira do leito e dos rodízios, funcionamento de travas de segurança;
- Comunicar a Enfermeira do setor de origem a presença de falhas de funcionamento ou danos ao meio de transporte, para providências cabíveis;
- Realizar desinfecção dos equipamentos utilizados e guardá-los adequadamente conforme checklist 02.

#### **11. VEDADO:**

- Ultrapassar limite de velocidade em pista permitido;
- Carregar pessoas para serviços particulares que não sejam de interesse da instituição;
- Se ausentar do trabalho sem prévia comunicação à Coordenação Administrativa;
- Incapacidade do paciente em manter saturação >94% com até 05 litros de O<sub>2</sub>, ventilação e performance hemodinâmica durante o transporte;
- Ausência de equipamentos absolutamente necessários à realização do transporte sem causar danos ao paciente ou a equipe;
- Equipe insuficiente para realização do Transporte Intra-Hospitalar;
- Equipe sem treinamento adequado para a realização do Transporte Intra-Hospitalar;
- Pacientes agitados e/ou não colaborativos.

#### **12. HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO**

O Transporte social deverá funcionar todos os dias de segunda a segunda das 7h30 às 18h30 e das 19h30 às 6h30.

**QUALQUER ALTERAÇÃO NO FLUXO ACIMA OU DESVIO DE FINALIDADE DA UNIDADE DE TRANSPORTE, SÓ PODERÁ OCORRER COM A CIÊNCIA DAS COORDENAÇÕES LOCAIS OU DA DIRETORIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.**

### **13. REFERÊNCIAS:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de orientações sobre o transporte neonatal /. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. COFEN. Resolução 376/2011. Dispõe sobre a participação da equipe de enfermagem no processo de transporte de pacientes em ambiente interno aos serviços de saúde, 2011.

JAPIASSÚ, André Miguel. Transporte Intra-Hospitalar de Pacientes Graves. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. Volume 17 - Número 3 - Julho/Setembro 2005, pag. 210-220. LAMBLET, L.C.;

TEIXEIRA, A.P, CORRÊA, A.G. Transporte intra-hospitalar de pacientes graves. In: Knobel E. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu. 2006. P. 85-92.

MAZZA BF, AMARAL JLG, ROSSETI H, CARVALHO RB, SENNA PR, GUIMARÃES HP. Safety in intrahospital transportation: evaluation of respiratory and hemodynamic parameters. São Paulo Med J. Volume 126, Número 6, p319-22, 2008.

## ANEXO 01

| FORMULÁRIO DE TRANSPORTE AMBULÂNCIA BÁSICA                                                |                        |                |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------|---------------------------|
| NOME PACIENTE:                                                                            |                        | IDADE:         | SEXO: MASC ( )<br>FEM ( ) |
| ORIGEM:                                                                                   | DESTINO:               |                |                           |
| REGULADOR                                                                                 | TRANSPORTE             |                |                           |
| MÉDICO:                                                                                   | TÉCNICO DE ENFERMAGEM: |                |                           |
| CRM:                                                                                      | CONDUTOR:              |                |                           |
| AMBULÂNCIA TIPO A                                                                         |                        |                |                           |
| CONTROLE DE HORÁRIOS                                                                      |                        |                |                           |
| SAÍDA:<br>__:__H                                                                          | CHEGADA<br>__:__H      | CONDUTOR:      |                           |
| QUADRO CLÍNICO                                                                            |                        |                |                           |
| HISTÓRIA PREGRESSA E EVOLUÇÃO ATUAL:                                                      |                        |                |                           |
| MÉDICO/CRM                                                                                |                        |                |                           |
| PARECER TÉCNICO DE ENFERMAGEM                                                             |                        |                |                           |
| SINAIS VITAIS:<br>FC: _____ BPM FR: _____ irpm PA ____/____ mmHg Temp: _____ °C SPO _____ |                        |                |                           |
| Ventilação espontânea ( ) ou assistida ( )                                                |                        |                |                           |
| Medicamento em uso? Se sim, qual (ais)?                                                   |                        |                |                           |
| INTERCORRÊNCIAS DURANTE O TRANSPORTE ( ) N ( ) S QUAIS?                                   |                        |                |                           |
| RECEPTOR _____                                                                            |                        | HORA ____:____ |                           |
| ASSINATURA CARIMBO                                                                        |                        |                |                           |

## ANEXO 02

## CHECK LIST CONDUTORES

| INSPEÇÃO DE VEÍCULO                                                |          | DATA ____/____/____ HORA ____:____ |
|--------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------|
| PLACA: _____ KM: _____                                             |          | VIATURA: _____ EQUIPE: _____       |
| CONDUTOR: _____ TÉCNICO: _____                                     |          |                                    |
| ITENS INSPECIONADOS                                                | SITUAÇÃO | OBSERVAÇÃO                         |
| Nível de Óleo Motor                                                |          |                                    |
| Nível de Óleo Hidráulico Freio e Direção                           |          |                                    |
| Nível de Água Arrefecimento Motor                                  |          |                                    |
| Nível de Água Limpador de Pára-brisa                               |          |                                    |
| Palas Contra o Sol                                                 |          |                                    |
| Bancos e Assentos                                                  |          |                                    |
| Assoalho                                                           |          |                                    |
| Cinto de Segurança                                                 |          |                                    |
| Espelho Retrovisor                                                 |          |                                    |
| CRLV                                                               |          |                                    |
| Extintor de Incêndio                                               |          |                                    |
| Macaco, Triângulo e Chave de Rodas                                 |          |                                    |
| Freios: Pedal e de Estacionamento                                  |          |                                    |
| Pára-brisas e Vidros                                               |          |                                    |
| Portas                                                             |          |                                    |
| Condições de Pedais                                                |          |                                    |
| Compartimento do Paciente                                          |          |                                    |
| Pneus e Estepe                                                     |          |                                    |
| Farol, Farolete, Pisca alerta e Setas                              |          |                                    |
| Limpador de Pára-brisa e Buzina                                    |          |                                    |
| Luz de Ré, Alarme de Ré e Luz de Freio                             |          |                                    |
| Travamento do capô                                                 |          |                                    |
| Rádio de Comunicação                                               |          |                                    |
| Giroflex e Farões de Embarque                                      |          |                                    |
| Cones de Sinalização                                               |          |                                    |
| Arrombadores                                                       |          |                                    |
| Latarias e Carenagens                                              |          |                                    |
| Limpeza                                                            |          |                                    |
| Chave de Boca Para O <sup>2</sup>                                  |          |                                    |
| Cartão de Abastecimento da Viatura                                 |          |                                    |
| <b>LEGENDA: OK – CONFORME NC – NÃO CONFORME NA – NÃO SE APLICA</b> |          |                                    |

**Observações:**

1º Este deverá ser entregue ao na coordenação meia hora após recebimento do plantão (7h e 19h);

2º Deixar de fazer o *check list* o Condutor será notificado;

3º Abastecimento obrigatório para o Condutor diurno até às 17h;

4º Lançar no verso as demais alterações.

---

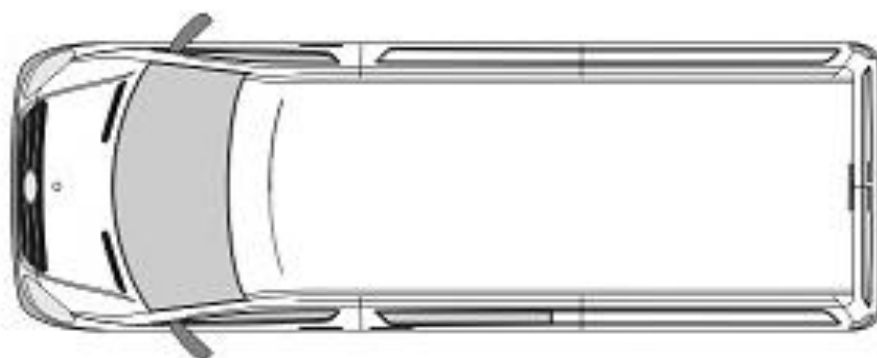
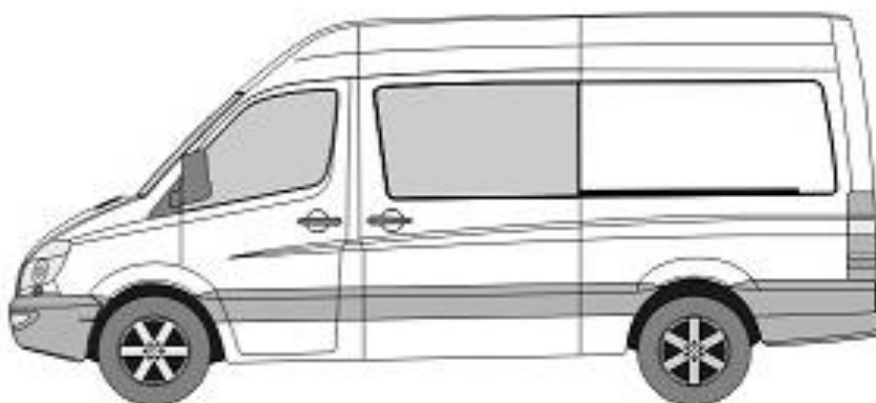
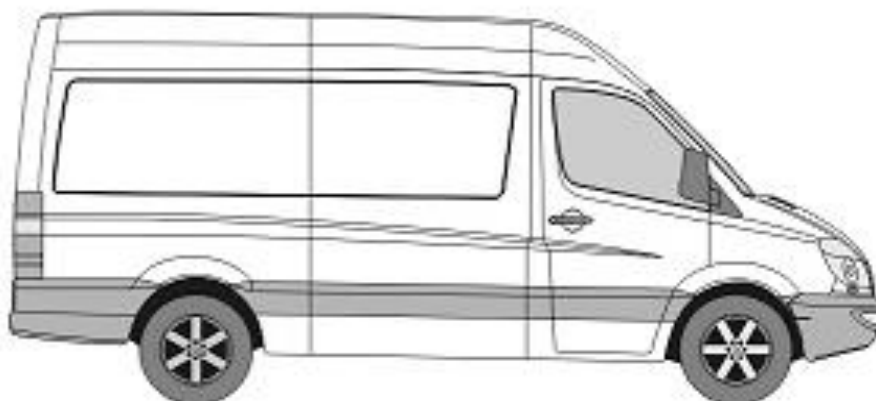
**Assinatura do Condutor**

---

**Assinatura Coordenação**

**ANOTAÇÕES REFERENTE AO DIA:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |





## CHECK LIST UT E UTB

MÊS:      ANO:      UT USB \_\_\_\_

| CAIXA VIAS AÉREAS - 01 |                                        |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
|------------------------|----------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| QD                     | DESCRIÇÃO                              | DIA 02 | DIA 05 | DIA 09 | DIA 12 | DIA 16 | DIA 19 | DIA 23 | DIA 26 | DIA 30* |
| 01                     | AMBU COM MÁSCARA E RESERVATÓRIO ADULTO |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 02                     | ATADURA DE 10 CM                       |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 01                     | CÂNULA DE GUEDEL Nº 02                 |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 01                     | CÂNULA DE GUEDEL Nº 03                 |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 01                     | CÂNULA DE GUEDEL Nº 04                 |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 03                     | COMPRESSA ESTÉRIL                      |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 08                     | GAZE ESTÉRIL                           |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 01                     | LUVA ESTÉRIL Nº 7,5                    |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 01                     | LUVA ESTÉRIL Nº 8,0                    |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 01                     | LUVA ESTÉRIL Nº 8,5                    |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 02                     | SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº10                |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 02                     | SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº 12               |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 02                     | SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº 14               |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 02                     | CATETER DE OXIGÊNIO TIPO ÓCULOS        |        |        |        |        |        |        |        |        |         |

## CAIXA MEDICAMENTOS - 02

|    |                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 02 | AAS INFANTIL                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01 | BUSCOPAM COMPOSTO                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01 | BROMETO DE IPRATRÓPIO (ATROVENT)         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01 | BROMIDRATO DE FENOTEROL (FENOTEROL)      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 | CAPTOPRIL                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 | CLORIDRATO DE METOCLOPRAMIDA<br>(PLASIL) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 | DIPIRONA INJETÁVEL                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 | DICLOFENACO DE SÓDIO                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 | DRAMIM B6                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01 | DINITRATO DE ISOSSORBIDA (ISORDIL)       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01 | EQUIPO MICROGOTAS                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01 | FUROSEMIDA (LASIX)                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 | GLICOSE 25%                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 | GLICOSE 50%                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 | HIDROCORTIZONA 100 MG                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 | HIDROCORTIZONA 500 MG                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 | PROMETAZINA (FENERGAM)                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 | PARACETAMOL COMP.                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 | POLIFIX                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



| 02                    | TENOXICAN (TILATIL 40 MG)                |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
|-----------------------|------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| CAIXA PEDIÁTRICA – 03 |                                          |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| QD                    | DESCRIÇÃO                                | DIA 02 | DIA 05 | DIA 09 | DIA 12 | DIA 16 | DIA 19 | DIA 23 | DIA 26 | DIA 30* |
| 01                    | AMBU COM MÁSCARA E RESERVATÓRIO INFANTIL |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 01                    | AMBU COM MÁSCARA E RESERVATÓRIO NEONATAL |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 02                    | BRACELETE DE IDENTIFICAÇÃO               |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 02                    | CLAMPS UMBILICAL                         |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 01                    | LENÇOL                                   |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 03                    | COMPRESSA CIRÚRGICA                      |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 08                    | GAZE ESTÉRIL                             |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 02                    | CATETER DE OXIGÊNIO TIPO ÓCULOS          |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 02                    | CATETER DE OXIGÊNIO Nº06                 |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 02                    | CATETER DE OXIGÊNIO Nº08                 |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 04                    | LÂMINA DE BISTURI                        |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 01                    | LUVA CIRÚRGICA Nº 7,5                    |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 01                    | LUVA CIRÚRGICA Nº 8,0                    |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 01                    | LUVA CIRÚRGICA Nº 8,5                    |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 01                    | MANTA DE ALUMÍNIO                        |        |        |        |        |        |        |        |        |         |



|                        |                             |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
|------------------------|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 02                     | SACO PLÁSTICO PARA PLACENTA |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02                     | SONDA DE ASPIRAÇÃO N°06     |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02                     | SONDA DE ASPIRAÇÃO N°08     |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02                     | SONDA DE ASPIRAÇÃO N°10     |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 01                     | LATEX                       |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02                     | ATADURA DE 10 CM            |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| CAIXA 04 SINAIS VITAIS |                             |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| <b>QD</b>              | <b>DESCRIÇÃO</b>            | <b>DIA 02</b> | <b>DIA 05</b> | <b>DIA 09</b> | <b>DIA 12</b> | <b>DIA 16</b> | <b>DIA 19</b> | <b>DIA 23</b> | <b>DIA 26</b> | <b>DIA 30*</b> |
| 01                     | ESFIGMOMANÔMETRO            |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 01                     | ESTETOSCÓPIO                |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02                     | GAZES ESTÉREIS              |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 01                     | GLICOSÍMETRO                |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 01                     | TERMÔMETRO DIGITAL          |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
|                        | ASSINATURA DO CONFERENTE    |               |               |               |               |               |               |               |               |                |

\*VERIFICAÇÃO DE VALIDADE



| ARMÁRIO 01 |                        |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
|------------|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| QD         | DESCRIÇÃO              | DIA 01 | DIA 04 | DIA 08 | DIA 11 | DIA 15 | DIA 18 | DIA 22 | DIA 25 | DIA 29* |
| 05         | AGULHA 25X07           |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 05         | AGULHA 25X08           |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 05         | AGULHA 40X12           |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 01         | ÁLCOOL 70%             |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 01         | ALGODÃO COM ÁLCOOL 70% |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 02         | CATETER TIPO ÓCULOS    |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 03         | EQUIPO MACROGOTAS      |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 03         | EQUIPO MICROGOTAS      |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 01         | ESPARADRAPO            |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 03         | JELCO Nº 14            |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 03         | JELCO Nº 16            |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 03         | JELCO Nº 18            |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 03         | JELCO Nº 20            |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 03         | JELCO Nº 22            |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 03         | JELCO Nº 24            |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 03         | SCALP Nº 19            |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 03         | SCALP Nº 21            |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 03         | SCALP Nº 23            |        |        |        |        |        |        |        |        |         |
| 03         | SCALP Nº 25            |        |        |        |        |        |        |        |        |         |



|            |                                       |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
|------------|---------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 03         | SCALP Nº 27                           |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 05         | SERINGA 01 ML                         |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 05         | SERINGA 03 ML                         |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 05         | SERINGA 05 ML                         |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 05         | SERINGA 10 ML                         |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 05         | SERINGA 20 ML                         |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 04         | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML E 250 ML |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02         | SORO GLICOSADO 5% 500 ML              |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 06         | SORO RINGER LACTADO 500 ML            |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02         | SORO GLICOFISIOLÓGICO 250 ML          |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 04         | POLIFIX                               |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 01         | KIT PUNÇÃO                            |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| ARMÁRIO 02 |                                       |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| <b>QD</b>  | <b>DESCRIÇÃO</b>                      | <b>DIA 01</b> | <b>DIA 04</b> | <b>DIA 08</b> | <b>DIA 11</b> | <b>DIA 15</b> | <b>DIA 18</b> | <b>DIA 22</b> | <b>DIA 25</b> | <b>DIA 29*</b> |
| 01         | DESCARPACK                            |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02         | GARROTE                               |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02         | CX DE LUVA PROCEDIMENTO P             |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02         | CX DE LUVA PROCEDIMENTO M             |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02         | CX DE LUVA PROCEDIMENTO G             |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02         | CX MÁSCARA DESCARTÁVEL                |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| ARMÁRIO 03 |                                       |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 03         | TALA FLEXÍVEL -PP                     |               |               |               |               |               |               |               |               |                |



|            |                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|----------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 03         | TALA FLEXÍVEL -P                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03         | TALA FLEXÍVEL -M                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03         | TALA FLEXÍVEL -G                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ARMÁRIO 04 |                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02         | LENÇÓIS                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02         | KIT H1N1                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02         | ÓCULOS PROTETOR                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 04         | COMPRESSAS ESTÉREIS                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BALCÃO     |                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01         | ALMOTOLIA COM ÁLCOOL 70%                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01         | DEA                                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01         | REDE DE ASPIRAÇÃO FIXA MONTADA               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01         | REDE DE OXIGENOTERAPIA MONTADA               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01         | ASPIRADOR PORTÁTIL COM PONTA RÍGIDA          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GAVETA 01  |                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01         | ELETRODO DESFIBRILADOR (DEA)- ADULTO         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01         | ELETRODO DESFIBRILADOR (DEA)- INFANTIL       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GAVETA 02  |                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02         | MÁSCARA DE OXIGÊNIO C/ RESERVATÓRIO ADULTO   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02         | MÁSCARA DE OXIGÊNIO C/ RESERVATÓRIO INFANTIL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



|    |                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 02 | MÁSCARA DE OXIGÊNIO COMUM       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 | MÁSCARA P/ NEBULIZAÇÃO ADULTO   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 | MÁSCARA P/ NEBULIZAÇÃO INFANTIL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**OUTROS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS**

| <b>QD</b> | <b>DESCRIÇÃO</b>                     | <b>DIA 01</b> | <b>DIA 04</b> | <b>DIA 08</b> | <b>DIA 11</b> | <b>DIA 15</b> | <b>DIA 18</b> | <b>DIA 22</b> | <b>DIA 25</b> | <b>DIA 29*</b> |
|-----------|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| 01        | CADEIRA DE RODAS                     |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02        | COLAR CERVICAL G                     |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02        | COLAR CERVICAL M                     |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02        | COLAR CERVICAL P                     |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02        | COLAR CERVICAL PP                    |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02        | COLAR CERVICAL INFANTIL              |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 01        | COLAR CERVICAL NEO                   |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 03        | CONE SINALIZADOR                     |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 01        | MACA MÓVEL                           |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02        | PRANCHA LONGA ADULTO                 |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 01        | PRANCHA LONGA INFANTIL               |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 02        | PARES DE SUPORTE LATERAL DE CABEÇA   |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 01        | TORPEDO DE OXIGÊNIO DIREITA          |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 01        | TORPEDO DE OXIGÊNIO ESQUERDA         |               |               |               |               |               |               |               |               |                |
| 01        | TORPEDO DE OXIGÊNIO PEQUENO PORTÁTIL |               |               |               |               |               |               |               |               |                |

**BAÚ**

| <b>QD</b> | <b>DESCRIÇÃO</b> | <b>DIA 01</b> | <b>DIA 04</b> | <b>DIA 08</b> | <b>DIA 11</b> | <b>DIA 15</b> | <b>DIA 18</b> | <b>DIA 22</b> | <b>DIA 25</b> | <b>DIA 29*</b> |
|-----------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
|-----------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|



|    |                             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 01 | CAIXA DE FERRAMENTA         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 | COMPRESSAS PARA LIMPEZA     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01 | TORPEDO DE OXIGÊNIO RESERVA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01 | ÁGUA OXIGENADA              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 01 | HIPOCLORITO DE SÓDIO        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 05 | SACO DE LIXO BRANCO         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|    | ASSINATURA DO CONFERENTE    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*VERIFICAÇÃO DE VALIDADE

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;"><b><u>Elaboração</u></b></p> <p><b>Diretoria da Alta Média Complexidade-DMAC Urgência Emergência:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Babbie Sousa Rodrigues- Enfermeira da Área Técnica;</li><li>▪ Patrícia Cavalcante Faleiro- Enfermeira da Área Técnica.</li></ul> <p><b>Responsáveis Técnicos- RT da UPA Norte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Marcia Pereira do Nascimento- Administrativa;</li><li>▪ Osvaldo Pinto Neto- Médico;</li><li>▪ Viviane Rosal F de Toledo.</li></ul> <p><b>Responsáveis Técnicos- RT da UPA Sul:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Marinete Rodrigues de Araújo- Administrativa;</li><li>▪ José Carlos Miele Júnior- Medico;</li><li>▪ Sérgio Brito Reginaldo.</li></ul> <p><b>Responsáveis Técnicos- RT da UPA Taquaralto:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Vanessa Pereira Carmo Silva- Administrativa;</li><li>▪ Cibele Bezerra Costa- Médica;</li><li>▪ Adriana Borges A. Avelar-Enfermeira;</li></ul> <p><b>Responsáveis Técnicos- RT do SAMU:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Gilberto Coelho Rodrigues- Administrativo</li><li>▪ Lauhrant Willian Assis Barros- Medico Geral;</li><li>▪ Luciano Batista Lopes- Médico;</li><li>▪ Karlla de Souza Luz-Enfermeira do NEU;</li><li>▪ Marcos Moreira Rocha- Enfermeiro.</li></ul> <p><b>Responsáveis Técnicos- RT do Serviço Social das UPAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Thais Rodrigues Aires- Assistente Social</li></ul> | <p><b>Data: 27/05/2022</b></p> <p><b>Revisão:</b></p> <p style="text-align: center;">Babbie Sousa Rodrigues<br/><b>Enfermeira da Área Técnica<br/>Urgência Emergência -DMAC</b></p> <p style="text-align: center;">Cibele Bezerra Costa<br/><b>RT Médica UPA TAQUARALTO</b></p> <p style="text-align: center;">José Carlos Miele Júnior<br/><b>RT Medico UPA SUL</b></p> <p style="text-align: center;">Karlla de Souza Luz<br/><b>RT Enfermeira do NEU</b></p> <p style="text-align: center;">Lauhrant Willian Assis Barros<br/><b>RT Medico Geral SAMU</b></p> <p style="text-align: center;">Luciano Batista Lopes<br/><b>RT Médico SAMU</b></p> <p style="text-align: center;">Marinete Rodrigues de Araújo<br/><b>RT Administrativa UPA SUL</b></p> <p style="text-align: center;">Osvaldo Pinto Neto<br/><b>RT Médico UPA NORTE</b></p> <p style="text-align: center;">Thais Rodrigues Aires<br/><b>RT Assistente Social</b></p> <p style="text-align: center;">Viviane Rosal F de Toledo<br/><b>RT Enfermeira UPA NORTE</b></p> |
| <p><b>Validação</b></p> <p style="text-align: center;">Marly Cristina Fernandes<br/><b>Coordenadora de Urgência e Emergência</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <p><b>Data: 30/05/2022</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><b>Aprovação</b></p> <p style="text-align: center;">Ludmila Nunes Moreira Barbosa Mourão<br/><b>Diretora de Média e Alta Complexidade</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p><b>Data: __/__/__.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |