



PREFEITURA DO RECIFE  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**Roteiro de Inspeção para Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel**

Razão Social			
Endereço:			
CNPJ:			
Representante Legal:			
Profissão:		Data:	
<b>Ambulância de Suporte Básico (Tipo B)</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Observações</b>
1. Sinalizador óptico e acústico			
2. Equipamento de radiocomunicação fixo e móvel			
3. Maca com rodas e articulada e cadeira de rodas dobrável			
4. Dois suportes para soro			
5. Rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída			
6. Oxigênio com régua tripla (alimentação do respirador; fluxômetro e umidificador de oxigênio; aspirador de tipo Venturi), máscara e chicote			
7. Cilindro de oxigênio portátil com válvula			
8. Estetoscópio adulto e infantil			
9. Ressuscitador manual adulto/infantil, cânulas orofaríngeas de tamanhos variados			
10. Luvas descartáveis e esparadrapo			
11. Esfigmomanômetro adulto/infantil			
12. Ataduras de 15 cm e tesoura reta com ponta romba			
13. Compressas e gazes estéreis			
14. Protetores para queimados ou eviscerados			
15. Maleta de parto			
16. Prancha curta e longa, talas para imobilização de membros, conjunto de colares cervicais, colete imobilizador dorsal			
17. Frascos de soro fisiológico e ringer lactato			
18. Óculos, máscaras e aventais de proteção			
19. Medicamentos a serem definidas em protocolo			

**Referência: Portaria GM/MS 2.048 de 05/11/2002, item 3.2 do capítulo IV.**

**Obs:** Nos casos em que existe demanda para transporte neonatal deverá haver pelo menos uma incubadora de transporte de RN com bateria e ligação à tomada do veículo.

\_\_\_\_\_  
Inspetor Sanitário/Matr.:

\_\_\_\_\_  
Inspetor Sanitário/Matr.: