



## ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

### 1 - INFORMAÇÕES BÁSICAS

Área Requisitante: Secretaria Municipal de Turismo

### 2 - DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE

Compete a Secretaria Municipal de Turismo (SMTUR), de acordo com a Lei Municipal n.º 1767/2013 e c/c Decreto Municipal n.º 020/2013, as seguintes atribuições:

- I - Planejar e coordenar as ações da Secretaria de Turismo, priorizando as atividades para resultados eficientes e eficazes;
- II - Prover interação, discussão de projetos turísticos e desportivos junto à comunidade;
- III - Representar o Município em solenidades, eventos e atividades turísticas e desportivas e outros;
- IV - A formulação, administração e controle de convênios, acordos e contratos com a União, o Estado e outras Entidades Nacionais e Internacionais para o desenvolvimento de projetos culturais e turísticos, na área de competência do Município;
- V - A formulação, coordenação e execução da política, planos, programas e projetos voltados para o desenvolvimento e fortalecimento do turismo do Município;
- VI - A promoção, coordenação e execução de pesquisas, estudos e diagnósticos visando a subsidiar as políticas, os planos, os programas, os projetos e as ações da Secretaria, no domínio turístico;
- VII - O incentivo e apoio aos setores industriais, comerciais e de serviços relacionados ao turismo do Município, especialmente a hotelaria, recepção, culinária e transporte;
- VIII - A captação e atração de eventos, seminários e feiras de negócio para o Município;
- IX - A promoção de campanhas e ações para o desenvolvimento da mentalidade turística no Município e a participação da comunidade local no fomento ao turismo.

A realização de eventos fortalece o turismo regional, trazendo benefícios e incentivos para a economia local, incrementando a venda de produtos e serviços, gerando renda e empregos diretos e indiretos, devido à grande



movimentação adicional de pessoas no local dos eventos, além de proporcionar oportunidades de lazer gratuito e de qualidade a todos os cidadãos.

Sendo assim, a Secretaria Municipal de Turismo realiza anualmente alguns processos licitatórios para contratação de empresas para prestação de serviços que são utilizados durante os eventos, ações, projetos, programas e atividades da Secretaria.

A realização dessas festividades atrai, não somente a população de nosso Município, mas também das cidades circunvizinhas, em busca de cultura e entretenimento.

Tendo em vista a grandiosidade de alguns eventos e a expectativa de atrair um público visitante significativo, justifica-se a abertura do presente processo para cumprir as exigências das Instruções Técnicas do Corpo de Bombeiros, em especial a NT 5-05, além de ser mais uma medida preventiva para garantir a segurança dos munícipes e transeuntes do Evento em caso de eventual situação de incêndio e pânico.

### 3 – PREVISÃO NO PLANO DE CONTRATAÇÕES ANUAL

Sim

Não

O objeto da contratação está previsto no planejamento da Secretaria Municipal de Turismo, entretanto, a Prefeitura Municipal de Cordeiro não possui Plano de Contratações Anual consolidado e publicado.

### 4 – REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO

Qual tipo de objeto?

Bem.  Serviço.

Qual a natureza?

Continuada.  Não continuada.

### Qual a vigência?

A Ata SRP será válida, a partir da sua assinatura, pelo prazo de 01 (um) ano, podendo ser prorrogada, aditivada ou suprimida, conforme necessidade e entendimento da Administração Pública, de acordo com a Lei nº 14.133/2021.

### Poderá haver prorrogação?

Sim.

Não.

Não se aplica o prazo é indeterminado.

A Ata SRP será válida, a partir da sua assinatura, pelo prazo de 01 (um) ano, podendo ser prorrogada, aditivada ou suprimida, conforme necessidade e entendimento da Administração Pública, de acordo com a Lei nº 14.133/2021.

### Padrão mínimo de qualidade.

A contratação deverá ser realizada através da Lei Federal 14.133/2021, respeitando as Legislações Municipais, principalmente no que diz respeito ao Decreto Municipal 164/2022 que atua juntamente a Lei Complementar Federal 123/2006.

Todos os prestadores de serviço deverão estar sempre uniformizados e com crachá de identificação. A empresa é responsável por manter a disciplina de seus empregados durante a jornada de trabalho, zelando pelo respeito e cortesia no relacionamento entre colegas, com os usuários e com as demais pessoas.

A empresa é responsável por fornecer, aos seus funcionários, uniformes, crachás, EPIs e outros equipamentos que se fizerem necessários para execução do serviço, como por exemplo, macas, rádios comunicadores, etc, bem como arcar EXCLUSIVAMENTE com todas as despesas trabalhistas, honorários, transportes, custos de alimentação e outros que se fizerem necessário.

Todos os materiais utilizados ou serviços realizados deverão atender as normas técnicas de segurança e as classes de proteção, bem como as legislações vigentes sobre o tema.



**Há critérios de sustentabilidade?**

Sim.

Não.

**Há necessidade de treinamento?**

Sim.

Não.

Não há necessidade de treinamento dos servidores municipais, entretanto, a empresa deverá, em atendimento as Notas Técnicas do CBMERJ, ser credenciada junto ao órgão e seus colaboradores deverão possuir carteira funcional válida de Bombeiro Civil.

**Outros requisitos da contratada:**

- a) Responder por quaisquer danos pessoais ou materiais ocasionados por seus empregados;
- b) Não transferir a outrem, no todo ou em parte, o objeto do presente contrato, sem prévia e expressa anuência do Contratante.
- c) Atender satisfatoriamente em consonância com as regras contratuais.
- d) Fornecer os serviços conforme proposto pela Contratante durante o prazo de vigência do contrato, sem qualquer ônus adicional para a Contratante.
- e) Manter, durante toda a execução da Ordem de Serviço, em compatibilidade com as obrigações assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na contratação direta.
- f) Responsabilizar-se por todo e qualquer dano ou prejuízo causado por empregados, representantes ou prepostos, direto ou indiretamente, durante os



prazos de validade da garantia dos mesmos.

- g) Atender com prioridade as solicitações do Contratante, para execução dos serviços;
- h) Comunicar de imediato e por escrito qualquer tipo de irregularidade que possa ocorrer durante a vigência do contrato;
- i) Utilizar pessoal próprio ou credenciado, responsabilizando-se por todos os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes do fornecimento e entrega dos produtos;
- j) Retirar, transportar, substituir, reparar, corrigir e remover, às suas expensas, no todo ou em parte, os serviços em que se verifique danos em decorrência do transporte, avarias e/ou defeitos, bem como providenciar a substituição dos mesmos em TEMPO HÁBIL PARA SUA EXECUÇÃO NO DIA PROGRAMADO.
- k) A Contratada deverá observar detalhadamente a descrição de cada item, visto que existem normas a serem seguidas sob fiscalização tanto desta Secretaria como do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro e União.
- l) Fornecer, sempre que solicitado, no prazo máximo de 05 (cinco) dias corridos, documentação de habilitação e qualificação cujas validades encontrem-se vencidas.
- m) A Contratada deverá dar total assistência às Secretarias, durante a vigência do processo (tanto por E-mail e/ou por Telefone).

#### **Qualificação Técnica**

Para comprovar a qualificação técnica necessária para execução do presente objeto, o proponente deverá apresentar **PARA TODOS OS INTENS:**

1. 01(um) ou mais Atestados **OU** 01(uma) ou mais Certidões de bom desempenho anterior(es) em contrato, fornecidos(s) por pessoa jurídica de



direito público ou privado, que deverá(ão) especificar:

- a) o tipo de execução do serviço;
- b) o prazo de execução;
- c) o(s) atestado(s) ou certidão(ões) a ser(em) apresentado(s) deverá(ão) ser compatível(eis) com o objeto desta licitação, que comprove(em) a aptidão do licitante.

2. Ser cadastrada junto ao Corpo de Bombeiros.

#### 4 – ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES

| Como se obteve o quantitativo estimado? |   |
|---|---|
| Análise de contratações anteriores.     | X |
| Análise de contratações similares.      | X |
| Outro.                                  | x |

As unidades, especificações, quantidades e medidas dos itens são justificadas e estimadas com base na análise de contratações similares realizadas pela Prefeitura Municipal de Cordeiro e outros órgãos e na previsão de eventos, ações e projetos da Secretaria Municipal de Turismo para o período de 12 meses.

#### 5 – LEVANTAMENTO DE MERCADO

| Onde foram pesquisadas as possíveis soluções? | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| Consulta a fornecedores.                      |     | X   |
| Contratações similares.                       | X   |     |
| Internet.                                     |     | X   |
| Audiência pública.                            |     | X   |
| Outro.  |     |     |

Há restrição de fornecedores?

Sim.



Não.

Foram analisadas contratações similares realizadas por outros órgãos e entidades, por meio de consultas a outros editais, com objetivo de identificar a existência de novas metodologias, tecnologias ou inovações que melhor atendessem às necessidades da Administração.

### **REALIZAÇÃO DE LICITAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO:**

A melhor alternativa avaliada foi considerada a contratação de empresa para prestação do serviço de brigadista contra incêndio e pânico, através de Ata de Registro de Preços, tendo em vista que é exigido que a empresa seja credenciada junto ao Corpo de Bombeiros e seus funcionários tenham Carteira de Bombeiro Civil válida, conforme exigido em Nota Técnica do órgão.

Dessa forma, será prestado um serviço com qualidade e segurança para os munícipes e atendendo todas as necessidades anuais.

### **6 - DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO**

Após levantamento de mercado e sua análise, chega-se à conclusão que a melhor solução técnica e econômica para o Município seria: **Contratação de empresa para prestação do serviço.**

Considerando que outras soluções analisadas necessitariam de mão de obra especializada e disponível.

Considerando que a contratação do serviço por Ata de Registro de Preços permite a solicitação do serviço de acordo com a necessidade de cada evento.

Considerando a ampla disponibilidade de empresas aptas ao fornecimento dos serviços a serem executados, conforme os requisitos estabelecidos neste documento e por não haver uma demanda fixa e completamente previsível, a opção mais viável para aquisição dos serviços é a contratação através do Sistema de Registro de Preços.

**7 – ESTIMATIVA DO PREÇO DA CONTRATAÇÃO A SER ARRECADADO**

| <i>Meios usados na pesquisa.</i> | <i>Sim</i> | <i>Não</i> |
|----------------------------------|------------|------------|
| <i>Contratações Similares.</i>   |            | X          |
| <i>Painel de preços.</i>         |            | X          |
| <i>Fornecedores.</i>             | X          |            |
| <i>Internet.</i>                 |            | X          |
| <i>Outro.</i>                    | X          |            |

A estimativa de preço foi realizada com base nas cotações dos fornecedores, Ata SRP anterior e contratações similares e serão apresentadas a posteriori no presente processo.

**7 – ESTIMATIVA DO PREÇO DA CONTRATAÇÃO**

As unidades e especificações dos itens presentes na tabela são justificadas com base na análise de contratações similares de outras secretarias municipais e na previsão de demanda da Secretaria de Turismo para o período de 12 meses.

| ITEM | ESPECIFICAÇÃO   | CATMAT/<br>CATSER | UNIDADE<br>DE MEDIDA | QUANT |
|------|---|-------------------|----------------------|-------|
| 1    | Prestação de Serviço de Contratação de Bombeiro Civil, que deverá possuir carteira funcional de BC, para atuação em evento com doze horas de duração diárias. | 25550             | SERV/<br>DIÁRIA      | 180   |

**8 – JUSTIFICATIVA PARA PARCELAMENTO**

| A solução será dividida? |      |             |  |
|--------------------------|------|-------------|--|
| Sim.                     | Não. | Por<br>quê? |  |
| X                        |      |             | Os serviços serão solicitados de acordo com as necessidades de cada projeto, ação ou evento. |





### 9- CONTRATAÇÕES CORRELATAS/INTERDEPENDENTES

Há contratações correlatas ou independentes?

Sim.

Não.

Existem diversas outras contratações necessárias para execução de ações, projetos e eventos, a depender das características de cada um deles, como, por exemplo:

- ✓ Banheiro Químico
- ✓ Atração Musical
- ✓ Painele de Led
- ✓ Legalização
- ✓ Gêneros Alimentícios
- ✓ Sonorização
- ✓ Estruturas Temporárias
- ✓ Etc.

### 10- DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS PRETENDIDOS

|  |
|--|
| Garantir a segurança dos participantes dos eventos, prestando serviços de brigadista contra incêndio e pânico. |
| Atender as exigências da CBMERJ  |
| Fomentar o Turismo   |
| Fomentar a Cultura   |
| Valorização do comércio local  |
| Participação da sociedade  |
| Estimular um ambiente de celebração, esperança e comunidade  |



## 11- PROVIDÊNCIAS PRÉVIAS AO CONTRATO

O objeto da presente contratação não apresenta peculiaridades que justificam a necessidade de capacitação constante de servidores.

## 12- IMPACTOS AMBIENTAIS

Há previsão de impacto ambiental na contratação?

Sim.

Não.

**Especificar os impactos e suas medidas de mitigação:**

### Geração de Resíduos

- O aumento no consumo durante as festas resulta em uma quantidade significativa de resíduos, incluindo embalagens e restos de alimentos.

### Consumo de Energia

- A realização de eventos pode aumentar significativamente o consumo de energia, contribuindo para a emissão de gases de efeito estufa.

### Impacto na Biodiversidade

- A extração de materiais naturais para confeccionar as estruturas pode afetar habitats e ameaçar espécies locais.

### Poluição

- O transporte de pessoas para o local aumenta as emissões de poluentes e o aumento da pegada de carbono.

### Métodos de mitigação aderidos ao projeto:

1. Solicitação a Secretaria Municipal de Serviços Públicos disponibilize lixeiras e containers de lixo em locais estratégicos.



2. Solicitação a Secretaria Municipal de Serviços Públicos que reforce a limpeza das áreas de evento.
3. Exigência de que a empresa contratada realize descarte de lixo de forma adequada, quando for o caso.
4. Utilização de materiais biodegradáveis no que puder .

### 13 – VIABILIDADE DA CONTRATAÇÃO

A aquisição possui viabilidade técnica, socioeconômica e ambiental?

|      |                                     |
|------|-------------------------------------|
| Sim. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Não. | <input type="checkbox"/>            |

### 14 – DECLARAÇÃO DE VIABILIDADE

Diante de toda a análise desenvolvida no presente instrumento, a contratação mostra se VIÁVEL em termos de disponibilidade de mercado, consoante o artigo 7º, inciso XIII, da IN SEGES/ME n.º 40, de 22 de maio de 2020, não sendo possível observar óbices ao prosseguimento da presente contratação.

### 15 – PLANILHA DE VALORES

Em anexo ao Estudo técnico preliminar.

|   |   |
|---|---|
| <b>Secretaria Requisitante:</b><br>SECRETARIA MUNICIPAL DE<br>TURISMO | <b>Cargo:</b><br>SECRETÁRIO MUNICIPAL DE<br>TURISMO |
| <b>Nome servidor:</b><br>PABLO SÉRGIO DE FREITAS                      | <b>Matrícula:</b><br>016251802                      |

*Pablo Sérgio de Freitas*  
Prefeitura Municipal de Cordeiro  
Secretário Municipal de Turismo  
Matrícula: 016251802




ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CORDEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE TURISMO

Processo nº 0311/25

Fls 18 Rúbrica Q

# ANEXO I

# NOTA TÉCNICA CBMERJ

|   |  |                           |                      |
|---|--|---------------------------|----------------------|
|  | <b>NOTA<br/>TÉCNICA</b>                                      | <b>CBMERJ<br/>NT 5-05</b> |                      |
|   | Versão: 01   | 13 páginas                | Vigência: 04/09/2019 |
|   | <b>Atendimento médico para eventos de reunião de público</b> |                           |                      |

**SUMÁRIO**

- 1 OBJETIVO
- 2 APLICAÇÃO
- 3 REFERÊNCIAS NORMATIVAS E BIBLIOGRÁFICAS
- 4 DEFINIÇÕES E CONCEITOS
- 5 PROCEDIMENTOS
- 6 PRESCRIÇÕES DIVERSAS

**ANEXOS**

- A - FARE
- B - ROPE
- C - Tabela de dimensionamento de recursos
- D - Requisitos mínimos dos postos médicos
- E - FARE (Resolução SEDEC nº 131/2019)

## 1 OBJETIVO

Fornecer diretrizes no que se refere à análise pela Diretoria de Socorro de Emergência (DSE), do Corpo de Bombeiro Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ), para Planejamento Médico dos Eventos Especiais e a autorização para emissão da Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica (CART) pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) em eventos com estimativa de público igual ou superior a 1.000 pessoas.

## 2 APLICAÇÃO

Esta Nota Técnica (NT) aplica-se a todos os eventos organizados por qualquer pessoa, física ou jurídica, de direito público ou privado, realizados em locais abertos ou fechados, sob a administração pública ou privada, com entrada paga ou não, com implantação de equipamentos e/ou montagem de estruturas provisórias ou cenografias, para realização de evento que reúnam um público igual ou superior a 1.000 pessoas.

## 3 REFERÊNCIAS NORMATIVAS E BIBLIOGRÁFICAS

As normas e bibliografias abaixo contêm disposições que estão relacionadas com esta Nota Técnica:

- a) Lei nº 10.671, de 15 de maio de 2003 - Estatuto do torcedor, que dispõe sobre o Estatuto de Defesa do Torcedor e dá outras providências;
- b) Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.496, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências;
- c) Resolução CREMERJ nº 100/1996, que estabelece as Normas Mínimas para o Atendimento de Urgências e Emergências no Estado do Rio de Janeiro;
- d) Resolução CREMERJ nº 187/2003, que dispõe da disciplina a prestação de serviços médicos à população em eventos especiais;
- e) Resolução SEDEC nº 83, de 05 de janeiro de 2016, que dispõe sobre as normas gerais de ação para a análise do projeto de atendimento médico e demais procedimentos para obtenção de autorização para a realização de eventos especiais com estimativa de público superior a 1 (um) mil pessoas;
- f) Portaria nº 2048 do Ministério da Saúde, de 05 de novembro de 2002;
- g) Portaria nº 2971 do GM/MS, orientação técnica quanto ao emprego das motocicletas;
- h) ABNT NBR 14561:2000 – Veículos para atendimento a emergências médicas e resgate;
- i) Resolução SEDEC nº 131 de 15 de Fevereiro de 2019, que estabelece critérios técnicos para emissão de Ficha de Avaliação de Risco (FARE), exclusivamente, para eventos com reunião de público associados ao período carnavalesco.

## 4 DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Para efeito desta Nota Técnica, além das definições constantes da NT 1-02 – Terminologia de segurança

contra incêndio e pânico, aplicam-se as definições específicas desta seção.

**4.1 Aglomeração dinâmica:** é o evento em que há deslocamento de público, como procissões religiosas, blocos de carnaval, corridas e símiles.

**4.2 Ambulância:** veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos. As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT NBR 14561. Os veículos são classificados em:

- a) MOTOLÂNCIA – motocicleta tipo "trail"; de no mínimo 250 cc, destinada a uma resposta operacional rápida, eficaz e segura conforme previsto nos Anexos da Portaria nº 2971 do GM/MS – Orientação técnica quanto ao emprego de motocicletas;
- b) TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino;
- c) TIPO C – Ambulância de Resgate: veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou pacientes em locais de difícil acesso, com equipamentos de salvamento (terrestre aquático e em alturas);
- d) TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função;
- e) TIPO E – Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes e aeronave de asa rotativa para ações de resgate;
- f) TIPO F – Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos médicos necessários ao atendimento de pacientes conforme sua gravidade.

**4.3 Área do evento:** é aquela delimitada, em área pública ou privada, onde será implantada e/ou montada toda a estrutura e/ou equipamento temporário para a realização do evento, bem como a destinação de público.

**4.4 Boletim de Atendimento Médico (BAM):** ficha para registro de paciente atendido no evento.

**4.5 Certidão de Anotação de Responsabilidade Técnica (CART):** documento emitido pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) com informações sobre o evento e sobre o médico responsável técnico, devidamente registrado naquele Conselho.

**4.6 Diretoria de Diversões Públicas (DDP):** órgão de direção do CBMERJ responsável pelo controle e fiscalização das casas de diversões e eventos instalados em todo o Estado do Rio de Janeiro, em locais fechados ou ao ar livre, inclusive em logradouros públicos, com entrada paga ou não.

**4.7 Evento especial:** aglomeração pré-programada de público igual ou superior a mil pessoas, reunidos para atividades de qualquer natureza, tais como artísticas, religiosas, esportivas, festividades de fim de ano, espetáculos musicais, convenções, exposições, etc.

**4.8 Evento esportivo com deslocamento de público:** evento esportivo em local descoberto onde há deslocamento de público (corrida, *triathlon*, maratona aquática).

**4.9 Ficha de Avaliação de Risco em Eventos (FARE):** documento preenchido pelo médico responsável técnico em três vias, na qual são informadas as características do evento e é apresentado o Projeto de Atendimento Médico.

**4.10 Hospital de referência:** é a unidade hospitalar, pública ou privada, prestadora de serviços de urgência/emergência médica, para a qual o paciente será removido.

**4.11 Leito:** cama hospitalar fixa ou com rodas usada para acomodar o paciente.

**4.12 Local aberto:** ambiente que não possui nenhum tipo de delimitação que restrinja a entrada ou saída do público na área do evento, podendo ser coberto ou não.

**4.13 Local fechado:** ambiente com paredes ou grades ou placas fixas como fechamento, com portas ou vãos que dão acesso ao interior do espaço. Neste caso, podendo possuir cobertura ou não.

**4.14 Maqueiro:** indivíduo capacitado a realizar suporte básico de vida e transporte (dentro da área de concentração de público do evento) de pessoas apresentando urgências médicas que estejam impossibilitadas de deambular, sem auxílio, até o posto médico.

**4.15 OBM:** sigla de Organização de Bombeiro Militar (Quartel de Bombeiro).

**4.16 Planejamento Médico para Eventos Especiais (PMEE):** projeto apresentado pela organização do evento constando os recursos humanos e materiais para o atendimento e remoção das urgências e emergências médicas, dimensionados para o quantitativo do público e para as características do evento.

**4.17 Posto médico:** unidade fixa de nível 1, para atendimento às urgências e emergências médicas, com área coberta, climatizado, iluminado, possuindo instalação de energia elétrica, de água e de esgoto, devidamente equipado para permitir o atendimento inicial, a estabilização do paciente e a sua observação e repouso por um período máximo de 04 horas, após o qual a vítima deve ser liberada ou transportada para

hospital de referência. Pode ser adaptado em uma edificação existente ou montado em estrutura provisória para atender ao evento.

**4.18 Público espectador:** todo aquele não envolvido diretamente na organização do evento.

**4.19 Público força de trabalho:** todo aquele envolvido diretamente no evento, como o *staff*, *work force*, atletas, artistas, dignitários civis e religiosos, entre outros.

**4.20 Relatório Operacional de Eventos (ROPE):** documento preenchido pelo organizador ao final do evento, que contém todos os atendimentos e remoções registrados em formulário próprio, que deverá ser entregue na sede da DSE, até o 15º dia, pós evento.

**4.21 Técnico em Enfermagem:** é o titular do diploma ou do certificado de técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente. É responsável por auxiliar o enfermeiro nas ações de promoção, reabilitação, prevenção e recuperação de saúde coletiva ou individual.

## 5 PROCEDIMENTOS

### 5.1 Regras gerais

**5.1.1** Todo o evento que proporcione reunião de público igual ou superior a 1 mil pessoas, deverá solicitar a aprovação do Projeto de Atendimento Médico, junto a DSE, através de um representante devidamente credenciado da empresa de assistência médica prestadora do serviço.

**5.1.2** O dimensionamento aplicado para a concepção do Projeto de Atendimento Médico deverá obedecer aos critérios descritos no Anexo C.

**5.1.3** O posto médico deverá estar localizado em área circunscrita ao evento.

**5.1.4** O organizador do evento deverá garantir a condução e o transporte até o posto médico dos indivíduos, apresentando urgências/emergências médicas que estejam incapacitados de deambular, através da disponibilização de "maqueiros".

**5.1.4.1** Deverá ser disponibilizado um quantitativo mínimo de 01 dupla para cada 2.000 ou fração que exceda à 1.000 pessoas de público estimado.

**5.1.5** A organização deverá disponibilizar padiolas, cadeiras de rodas e pranchas longas em quantidade suficiente para atender a demanda do evento bem como o material de proteção individual (luvas descartáveis e óculos de proteção) para os maqueiros.

### 5.2 Procedimento administrativo

**5.2.1** O representante credenciado da empresa médica prestadora de serviço inicia o processo de entrada com as seguintes documentações (todas com as suas vias originais):

a) as três vias da FARE (disponíveis no site do CBMERJ);

b) a carta de comunicação do evento para hospital referenciado;

c) a planta de situação ou localização (constando área total do evento, localização dos postos médicos e área de escape das ambulâncias); e

d) o emolumento arrecadado.

**5.2.2** A análise do Projeto de Atendimento Médico pela DSE será realizada após a arrecadação do emolumento previsto.

**Tabela 1 – Código Emolumento**

| Público           | Código DAEM |
|-------------------|-------------|
| 1.000 até 5.000   | 931         |
| 5.001 até 20.000  | 932         |
| 20.001 até 30.000 | 933         |
| 30.001 até 40.000 | 934         |
| 40.001 em diante  | 935         |

Fonte: FUNESBOM.

**5.2.3** Este procedimento deverá ser realizado com antecedência mínima de 15 dias úteis.

**5.2.4** O prazo máximo para a realização da análise técnica do projeto pela DSE será de 05 dias úteis.

**5.2.5** Em caso de não conformidade o solicitante deverá retirar a documentação e reapresentar o planejamento com as devidas correções em até 03 dias úteis a contar da data de retirada.

**5.2.6** Nos casos em que a produção do evento esteja representada por terceiros, este deverá portar autorização da mesma para definição do Projeto de Atendimento Médico do evento.

**5.2.7** Nos casos de eventos descritos abaixo, deverá ser solicitada, pelo produtor do evento, uma reunião com a Seção de Operações da DSE, em até 15 dias úteis antes da realização do mesmo.

- expectativa de público superior a 40 mil pessoas;
- presença de personalidades de grande relevância política, cultural, religiosa, artística, social e esportiva;
- eventos esportivos em locais abertos com deslocamento de público;
- show musical no qual o público preponderante seja adolescente e/ou adulto jovem;
- evento diurno realizado em local aberto ou em local fechado sem climatização;
- consumo liberado de bebidas alcoólicas;
- tempo de duração superior a 06 horas, incluído o tempo de espera para obtenção de lugar;
- prática de esportes de aventura;
- faixa etária preponderante do público acima dos 60 anos de idade.
- reuniões de público associados ao período carnavalesco.

**5.2.8** Será de inteira responsabilidade da organização do evento o contato com a direção do(s) hospital(is) de referência da área, informando-os da realização do

evento. Quando um hospital for identificado como referência, o organizador deverá apresentar junto com a FARE, documento assinado pelo Diretor-Geral ou Técnico da referida unidade hospitalar, no qual o mesmo declare estar ciente da referência.

**5.2.9** O responsável técnico pelo evento deverá acompanhar o Oficial Bombeiro Militar supervisor no momento da realização da supervisão, na coleta de carimbos e assinaturas dos membros da equipe de trabalho. Ao final, ambos assinarão o relatório produzido, tão logo seja concluída a checagem dos materiais.

**5.2.10** Em um prazo de até 15 dias do término do evento, o representante credenciado da empresa médica prestadora de serviço, deverá encaminhar a Seção de Operações da DSE o Relatório Operacional de Evento (ROPE). Caso o mesmo não ocorra, a DSE produzirá notificação à Diretoria de Diversões Públicas (DDP) e ao CREMERJ.

**5.2.11** Após a análise dos relatórios de supervisão pela equipe da Seção de Operações da DSE, aqueles contendo não conformidades serão encaminhados ao CREMERJ e à DDP.

**5.2.12** O posto médico em relação a instalações físicas, mobiliário e equipamentos médicos deverá atender ao disposto no Anexo D.

**5.2.13** Cada posto médico deverá:

- ter capacidade para administrar oxigenoterapia em 50% dos leitos;
- estar guarnecido com material de consumo em quantidade suficiente para atender a demanda do evento na ocorrência de urgências e emergências de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, psiquiátrica, conforme Portaria nº 2048/2002 do Ministério da Saúde.

## 6 PRESCRIÇÕES DIVERSAS

**6.1** O atendimento às exigências contidas nesta NT não eximirá o responsável pelo evento da responsabilidade de atendimento às outras normas, legislações e medidas de segurança específicas.

**6.2** Todo dispositivo de atendimento médico deverá estar preparado e disponível para o público, pelo menos 02 horas antes do início do evento, sendo mantido em operação enquanto houver concentração de público no local.



## ANEXO A - FARE

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
GRUPAMENTO DE SOCORRO DE EMERGÊNCIACREMERJ  
1ª VIA - GSE

| FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCOS EM EVENTOS - FARE   |  | Nº PROTOCOLO  |
|--|--|---|
| EVENTO   | IDENTIFICAÇÃO  | DATA DE REALIZAÇÃO                                  |
|  | LOCAL  |   |
| <b>ITENS DE AVALIAÇÃO</b>  |  |   |
| 1  | NATUREZA DO EVENTO<br><input type="checkbox"/> Show Musical <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Esportivo <input type="checkbox"/> Exposição <input type="checkbox"/> Congresso e similares <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____  |   |
| 2  | HORÁRIOS<br>Abertura para acesso ao Público: _____ Início do Evento: _____ Encerramento: _____   |   |
| 3  | PREVISÃO DE PÚBLICO (nº de pessoas por extenso) _____ Ingressos Limitados e Controle de Público? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   |   |
| 4  | Área de Concentração do Público em m²: _____ Mobilidade do Público <input type="checkbox"/> Espaço Aberto <input type="checkbox"/> Espaço Fechado  |   |
| 5  | PROMOTOR DO EVENTO <input type="checkbox"/> Instituição Pública <input type="checkbox"/> Instituição Privada   |   |
| 6  | FAIXA ETÁRIA PREDOMINANTE <input type="checkbox"/> até 14 anos <input type="checkbox"/> 15 a 35 anos <input type="checkbox"/> 36 a 55 anos <input type="checkbox"/> acima de 65 anos   |   |
| 7  | AMBIENTE CLIMATIZADO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  |   |
| 8  | INFRA ESTRUTURA BÁSICA<br>Acesso a alimentação e líquidos <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes / Precárias<br>Instalações Sanitárias <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes / Precárias  |   |
| 9  | ATENDIMENTO MÉDICO NO LOCAL (favor preencher os campos por extenso e se houver mais de um posto médico, separar as áreas e nº de leitos por vírgulas)<br>Nº de Postos Médicos _____ Dimensão (6as) _____ Nº de leitos _____<br>Equipamentos Médicos e Insumos (de acordo com a NT 5 - 05 do COSCIP e Portaria 2.048 do MS) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>Total de Profissionais de Saúde (Postos Médicos + Ambulâncias)<br>Médicos _____ ( _____ ) Enfermeiros _____ ( _____ )<br>Técnicos de Enfermagem _____ ( _____ ) Maqueiros _____ ( _____ )<br>Quantitativo de Ambulâncias<br>Tipo D (Suporte Avançado) _____ ( _____ ) Tipo B (Suporte Básico) _____ ( _____ )<br>Tipo E (Aeronave) _____ ( _____ ) Tipo F (Embarcação) _____ ( _____ ) |   |
| 10   | Vias de Acesso Internas (corredores de circulação) <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes / Precárias  |   |
| 11   | Vias de Acesso Externas (corredores de circulação) <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes / Precárias  |   |
| 12   | Venda de Bebidas Alcoólicas no local <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   |   |
| 13   | Hospitais de Referência para o evento <input type="checkbox"/> Público (s) <input type="checkbox"/> Privado (s)  |   |
| 14   | Os Hospitais de Referência foram avisados da ocorrência do evento pela organização? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  |   |
| Eu, abaixo assinado, métrico responsável técnico pelo evento, declaro estar ciente do conteúdo da Portaria n. 2.048/02 do Ministério da Saúde e da NT 5 - 05 "Atendimento Médico para Eventos de Reunião de Público do COSCIP" e me responsabilizo pelo fiel cumprimento do planejamento descrito neste documento.                               |  |   |
| Dados do Responsável Técnico do Evento   |  | Data da Solicitação                                 |
| NOME _____ CRM _____   |  | _____/_____/_____                                   |
| EMPRESA _____ CNPJ _____   |  |   |
| TELS DE CONTATO: _____ Email _____   |  | Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico         |
| Observações Importantes  |  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Esta ficha será encaminhada ao GSE e a Diretoria de Diversões Públicas do CBMERJ, junto com o(s) croqui(s), para análise técnica.</li> <li>O Responsável Técnico pelo evento deverá encaminhar ao GSE/CBMERJ, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, o relatório operacional do evento (ROPE)</li> </ul> |  |   |
| AUTORIZO A EMISSÃO DO CART<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  | Rio de Janeiro _____/_____/_____   | Rio de Janeiro _____/_____/_____                    |
|  | Assinatura e Carimbo do Oficial do GSE/ CBMERJ (01)  | Assinatura e Carimbo do Oficial do GSE/ CBMERJ (02) |



**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
GRUPAMENTO DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA



**(CREMERJ)**  
2ª VIA – CREMERJ

| FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCOS EM EVENTOS - FARE   |   | Nº PROTOCOLO   |
|--|---|--|
| EVENTO   | IDENTIFICAÇÃO   | DATA DE REALIZAÇÃO   |
|  | LOCAL   |  |
| <b>ITENS DE AVALIAÇÃO</b>  |   |  |
| 1  | <b>NATUREZA DO EVENTO</b><br><input type="checkbox"/> Show Musical <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Esportivo <input type="checkbox"/> Exposição <input type="checkbox"/> Congresso e similares <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____  |  |
| 2  | <b>HORARIOS</b><br>Abertura para acesso ao Público: _____ Início do Evento: _____ Encerramento: _____   |  |
| 3  | <b>PREVISÃO DE PÚBLICO</b> (nº de pessoas por extenso) _____ Ingressos Limitados e Controle de Público? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   |  |
| 4  | <b>Área de Concentração do Público em m²:</b> _____ <b>Mobilidade do Público</b> <input type="checkbox"/> Espaço Aberto <input type="checkbox"/> Espaço Fechado   |  |
| 5  | <b>PROMOTOR DO EVENTO</b> <input type="checkbox"/> Instituição Pública <input type="checkbox"/> Instituição Privada   |  |
| 6  | <b>FAIXA ETÁRIA PREDOMINANTE</b> <input type="checkbox"/> até 14 anos <input type="checkbox"/> 15 a 35 anos <input type="checkbox"/> 36 a 55 anos <input type="checkbox"/> acima de 65 anos   |  |
| 7  | <b>AMBIENTE CLIMATIZADO?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  |  |
| 8  | <b>INFRA ESTRUTURA BÁSICA</b><br>Acesso a alimentação e líquidos <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes / Precárias<br>Instalações Sanitárias <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes / Precárias  |  |
| 9  | <b>ATENDIMENTO MÉDICO NO LOCAL</b> (favor preencher os campos por extenso e se houver mais de um posto médico, separar as áreas e nº de leitos por vírgulas)<br>Nº de Postos Médicos _____ Dimensão (ões) _____ Nº de leitos _____<br>Equipamentos Médicos e Insumos (de acordo com a NT 5 - 05 do COSCIP e Portaria 2.048 do MS) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br><b>Total de Profissionais de Saúde (Postos Médicos + Ambulâncias)</b><br>Médicos _____ ( _____ ) Enfermeiros _____ ( _____ )<br>Técnicos de Enfermagem _____ ( _____ ) Maqueiros _____ ( _____ )<br><b>Quantitativo de Ambulâncias</b><br>Tipo D (Suporte Avançado) _____ ( _____ ) Tipo B (Suporte Básico) _____ ( _____ )<br>Tipo E (Aeronave) _____ ( _____ ) Tipo F (Embarcação) _____ ( _____ ) |  |
| 10   | <b>Vias de Acesso Internas (corredores de circulação)</b> <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes / Precárias  |  |
| 11   | <b>Vias de Acesso Externas (corredores de circulação)</b> <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes / Precárias  |  |
| 12   | <b>Venda de Bebidas Alcoólicas no local</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   |  |
| 13   | <b>Hospitais de Referência para o evento</b> <input type="checkbox"/> Público (s) <input type="checkbox"/> Privado (s)  |  |
| 14   | <b>Os Hospitais de Referência foram avisados da ocorrência do evento pela organização?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  |  |
| Eu, abaixo assinado, médico responsável técnico pelo evento, declaro estar ciente do conteúdo da Portaria n 2.048/02 do Ministério da Saúde e da NT 5 - 05 "Atendimento Médico para Eventos de Reunião de Público do COSCIP" e me responsabilizo pelo fiel cumprimento do planejamento descrito neste documento.   |   |  |
| <b>Dados do Responsável Técnico do Evento</b><br>NOME _____ CRM _____<br>EMPRESA _____ CNPJ _____<br>TELs DE CONTATO: _____ Email _____  |   | <b>Data da Solicitação</b><br>____ / ____ / ____<br><br><small>Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico</small> |
| <b>Observações Importantes</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Esta ficha será encaminhada ao GSE e a Diretoria de Diversões Públicas do CBMERJ, junto com o(s) croqui(s), para análise técnica.</li> <li>O Responsável Técnico pelo evento deverá encaminhar ao GSE/CBMERJ, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, o relatório operacional do evento (ROPE)</li> </ul> |   |  |
| <b>AUTORIZO A EMISSÃO DO CART</b><br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   | Rio de Janeiro ____ / ____ / ____<br><br>Assinatura e Carimbo do Oficial do GSE/ CBMERJ (01)  | Rio de Janeiro ____ / ____ / ____<br><br>Assinatura e Carimbo do Oficial do GSE/ CBMERJ (02)                       |



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
GRUPAMENTO DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA



CREMERJ  
3ª VIA - DDP

| FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCOS EM EVENTOS - FARE   |  | Nº PROTOCOLO  |
|--|--|---|
| EVENTO   | IDENTIFICAÇÃO  | DATA DE REALIZAÇÃO  |
|  | LOCAL  |   |
| <b>ITENS DE AVALIAÇÃO</b>  |  |   |
| 1  | <b>NATUREZA DO EVENTO</b><br><input type="checkbox"/> Show Musical <input type="checkbox"/> Religioso <input type="checkbox"/> Esportivo <input type="checkbox"/> Exposição <input type="checkbox"/> Congresso e similares <input type="checkbox"/> Outros. Especificar: _____   |   |
| 2  | <b>HORÁRIOS</b><br>Abertura para acesso ao Público: _____ Início do Evento: _____ Encerramento: _____  |   |
| 3  | <b>PREVISÃO DE PÚBLICO</b> (nº de pessoas por extenso) _____ Ingressos Limitados e Controle de Público? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  |   |
| 4  | <b>Área de Concentração do Público em m²:</b> _____ Mobilidade do Público <input type="checkbox"/> Espaço Aberto <input type="checkbox"/> Espaço Fechado   |   |
| 5  | <b>PROMOTOR DO EVENTO</b> <input type="checkbox"/> Instituição Pública <input type="checkbox"/> Instituição Privada  |   |
| 6  | <b>FAIXA ETÁRIA PREDOMINANTE</b> <input type="checkbox"/> até 14 anos <input type="checkbox"/> 15 a 35 anos <input type="checkbox"/> 36 a 55 anos <input type="checkbox"/> acima de 65 anos  |   |
| 7  | <b>AMBIENTE CLIMATIZADO?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   |   |
| 8  | <b>INFRA ESTRUTURA BÁSICA</b><br>Acesso a alimentação e líquidos <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes / Precárias<br>Instalações Sanitárias <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes / Precárias   |   |
| 9  | <b>ATENDEMENTO MÉDICO NO LOCAL</b> (favor preencher os campos por extenso e se houver mais de um posto médico, separar as áreas e nº de leitos por vírgulas)<br>Nº de Postos Médicos _____ Dimensão (ões) _____ Nº de leitos _____<br>Equipamentos Médicos e Insumos (de acordo com a NT 5 - 05 do COSCIP e Portaria 2.048 do MS) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>Total de Profissionais de Saúde (Postos Médicos + Ambulâncias)<br>Médicos _____ ( _____ ) Enfermeiros _____ ( _____ )<br>Técnicos de Enfermagem _____ ( _____ ) Maqueiros _____ ( _____ )<br><b>Quantitativo de Ambulâncias</b><br>Tipo D (Suporte Avançado) _____ ( _____ ) Tipo B (Suporte Básico) _____ ( _____ )<br>Tipo E (Aeronave) _____ ( _____ ) Tipo F (Embarcação) _____ ( _____ ) |   |
| 10   | <b>Vias de Acesso Internas (corredores de circulação)</b> <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes / Precárias   |   |
| 11   | <b>Vias de Acesso Externas (corredores de circulação)</b> <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes / Precárias   |   |
| 12   | <b>Venda de Bebidas Alcoólicas no local</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  |   |
| 13   | <b>Hospitais de Referência para o evento</b> <input type="checkbox"/> Público (s) <input type="checkbox"/> Privado (s)   |   |
| 14   | <b>Os Hospitais de Referência foram avisados da ocorrência do evento pela organização?</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   |   |
| Eu, abaixo assinado, médico responsável técnico pelo evento, declaro estar ciente do conteúdo da Portaria n 2.048/02 do Ministério da Saúde e da NT 5 - 05 "Atendimento Médico para Eventos de Reunião de Público do COSCIP" e me responsabilizo pelo fiel cumprimento do planejamento descrito neste documento.   |  |   |
| <b>Dados do Responsável Técnico do Evento</b><br>NOME _____ CRM _____<br>EMPRESA _____ CNPJ _____<br>TELs DE CONTATO: _____ Email _____  |  | <b>Data da Solicitação</b><br>____ / ____ / ____<br><br>Assinatura e Carimbo do Responsável Técnico |
| <b>Observações Importantes</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Esta ficha será encaminhada ao GSE e a Diretoria de Diversões Públicas do CBMERJ, junto com o(s) croqui(s), para análise técnica.</li> <li>O Responsável Técnico pelo evento deverá encaminhar ao GSE/CBMERJ, no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis, o relatório operacional do evento (ROpE)</li> </ul> |  |   |
| <b>AUTORIZO A EMISSÃO DO CART</b><br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   | Rio de Janeiro ____ / ____ / ____<br><br>Assinatura e Carimbo do Oficial do GSE/ CBMERJ (01)   | Rio de Janeiro ____ / ____ / ____<br><br>Assinatura e Carimbo do Oficial do GSE/ CBMERJ (02)        |

ANEXO B – ROPE

Processo nº 0311/25

Fls 20 Rúbrica 0



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
1º GRUPO DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA  
SEÇÃO DE OPERAÇÕES



| RELATORIO OPERACIONAL DE EVENTOS (ROPE) |                                |                       |                         |                     |              |                            |             |
|---|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------|--------------|----------------------------|-------------|
| EVENTO                                  | Nº CART                        |                       |                         | Data/Realização     |              |                            |             |
|   | Nome                           |                       |                         |                     |              |                            |             |
| ATENDIMENTOS                            | Total de Pacientes Atendidos   |                       |                         |                     |              |                            |             |
|   | Nº de Procedimentos Executados | Medicação             | Curativo                | Sutura              | Imobilização | Nebulização                |             |
|   | Destino dos Pacientes          |                       | Alta                    | Removido            | Óbito        |                            |             |
| PACIENTES REMOVIDOS                     | Diagnóstico Principal          |                       |                         | Hospital de Destino |              |                            |             |
|   |                                |                       |                         |                     |              |                            |             |
|   |                                |                       |                         |                     |              |                            |             |
|   |                                |                       |                         |                     |              |                            |             |
|   |                                |                       |                         |                     |              |                            |             |
|   |                                |                       |                         |                     |              |                            |             |
| SINTOMAS GERAIS                         | CID 10                         | Descrição Atendimento | Nº de casos             | URINÁRIO            | CID 10       | Descrição Atendimento      | Nº de casos |
|   | T78.4                          | Alergias              |                         |                     | R12          | Prose                      |             |
|   | J11.1                          | Quadro Gripal         |                         |                     | A03.9        | Diarréia infecciosa        |             |
|   | E86                            | Desidratação          |                         |                     | R10          | Dor abdominal              |             |
|   | T67.9                          | Insolação/Intoxicação |                         |                     | F82.6        | Quadro dispéptico          |             |
|   | R11                            | Náuseas e vômitos     |                         |                     |              |                            |             |
|   | R53                            | Mal estar e fadiga    |                         |                     |              |                            |             |
|   | M79.1                          | Mialgia               |                         |                     |              |                            |             |
|   | R23.1                          | Palidez               |                         |                     | N23          | Cólica Renal               |             |
|   | R55                            | Lipotímia             |                         |                     | R30.0        | Disúria                    |             |
|   | R42                            | Tonteira              |                         |                     | R33          | Retenção urinária          |             |
|   | R51                            | Cefaleia              |                         |                     | N02          | Hematuria                  |             |
|   | R73.9                          | Hiperglicemia         |                         |                     |              |                            |             |
|   | E16.2                          | Hipoglicemia          |                         |                     |              |                            |             |
|   | NEUROLÓGICO                    | R40                   | Sonolência-estupor-coma |                     |              | PSQUIATRIA                 | F06.0       |
| G43.9                                   |                                | Enxaqueca             |                         | F41.9               | Ansiedade    |                            |             |
| I67.8                                   |                                | AVC                   |                         | F45.0               | DNV          |                            |             |
| R56.8                                   |                                | Convulsões            |                         | F44.4               | Histeria     |                            |             |
| G40.9                                   |                                | Epilepsia             |                         | F06.2               | Psiose       |                            |             |
|   |                                |                       |                         | J20.9               | DPOC         |                            |             |
| TRAUMA                                  | T31                            | Queimadura            |                         | RESPIRATÓRIO        | R06.0        | Dispnéia                   |             |
|   | X99                            | Arma branca - lesão   |                         |                     | J45.9        | Asma brônquica             |             |
|   | X93                            | Arma de fogo - PAF    |                         |                     | J03.9        | Amigdalite                 |             |
|   | T14.0                          | Contusões/Entorses    |                         |                     |              |                            |             |
|   | T62.6                          | Dilatação muscular    |                         |                     | I49.9        | Arritmias                  |             |
|   | R25.2                          | Cáibras/Espaços       |                         |                     | I20.9        | Dor precordial             |             |
|   | T14.2                          | Fraturas fechadas     |                         |                     | I11.9        | Hipertensão arterial       |             |
|   | M54.5                          | Lombalgia             |                         |                     | I55.9        | Hipotensão arterial        |             |
|   | T14.3                          | Luxação               |                         |                     | I21.9        | Infarto agudo do miocárdio |             |
|   | S09.9                          | Traumatismo craniano  |                         |                     | I47.9        | Taquicardia                |             |
| M54.3                                   | Dor ciática                    |                       | R07.4                   | Dor torácica        |              |                            |             |
| T14.1                                   | Ferimento/Corte                |                       |                         |                     |              |                            |             |
|   |                                |                       | CRM                     | EMPRESA             |              |                            |             |
| Médico Responsável – Assinatura/Carimbo |                                |                       |                         |                     |              |                            |             |
| Local e Data -                          |                                |                       |                         |                     |              |                            |             |
| INTOXICAÇÕES                            |                                |                       |                         |                     |              |                            |             |
|   | CID 10                         | Descrição Atendimento | Nº de casos             |                     |              |                            |             |
|   | F11.7                          | Exógena/Outras        |                         |                     |              |                            |             |

## ANEXO C – TABELA DE DIMENSIONAMENTO DE RECURSOS DOS POSTOS MÉDICOS

| Público                 | Postos         | Macas                          | Médicos        | Enfermeiros    | Técnicos de enfermagem | Ambulância tipo D | Ambulância tipo B |
|-------------------------|----------------|--------------------------------|----------------|----------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| 1.000<br>Até<br>4.999   | 01<br>(um)     | 02<br>(duas)                   | 01<br>(um)     | 01<br>(um)     | 01<br>(um)             | 01<br>(uma)       | ----              |
| 5.000<br>Até<br>9.999   | 02<br>(dois)   | 04<br>(2/2)<br>(quatro)        | 02<br>(dois)   | 02<br>(um)     | 02<br>(dois)           | 01<br>(uma)       | 01<br>(uma)       |
| 10.000<br>Até<br>14.999 | 03<br>(três)   | 06<br>(2/2/2)<br>(seis)        | 03<br>(três)   | 03<br>(três)   | 03<br>(três)           | 01<br>(uma)       | 02<br>(duas)      |
| 15.000<br>Até<br>19.999 | 04<br>(quatro) | 08<br>(2/2/2/2)<br>(oito)      | 04<br>(quatro) | 04<br>(quatro) | 04<br>(quatro)         | 02<br>(duas)      | 02<br>(duas)      |
| 20.000<br>Até<br>29.999 | 04<br>(quatro) | 12<br>(4/4/2/2)<br>(doze)      | 06<br>(seis)   | 04<br>(quatro) | 04<br>(quatro)         | 02<br>(duas)      | 02<br>(duas)      |
| 30.000<br>Até<br>40.000 | 04<br>(quatro) | 16<br>(4/4/4/4)<br>(dezesseis) | 08<br>(oito)   | 04<br>(quatro) | 04<br>(quatro)         | 02<br>(duas)      | 02<br>(duas)      |

Fonte: CBMERJ.

**ANEXO D - REQUISITOS MÍNIMOS DOS POSTOS MÉDICOS****1- Das Instalações Físicas**

Cada posto médico nos locais de eventos compreende, no mínimo, os seguintes itens:

- a) cobertura em toda a área de atendimento do posto;
- b) espaço físico de 12 m<sup>2</sup> para duas macas, acrescido de mais 04 m<sup>2</sup> para cada maca adicional;
- c) grade metálica para isolar o posto médico;
- d) paredes externas indepassíveis com garantia de privacidade para os pacientes que estão sendo atendidos;
- e) rede elétrica de 110 v;
- f) iluminação elétrica;
- g) bateria ou gerador para eventual falta de energia, compatível com o consumo da unidade, considerando que a iluminação e os aparelhos elétricos não possuam bateria própria;
- h) área de recepção de pacientes com mesa e cadeiras;
- i) área de repouso e observação onde ficarão situadas as macas com rodas e grade lateral;
- j) climatização em caso de eventos realizados durante o período diurno ou durante o verão em horário noturno. Caso não haja climatização o ambiente deverá ser bem ventilado;
- k) pia;
- l) locais apropriados para descarte do lixo comum e hospitalar;
- m) banheiro masculino e feminino, para pacientes e funcionários. Caso o posto médico seja montado para o evento, poderão ser do tipo químico;
- n) área delimitada exclusivamente para o estacionamento da(s) ambulância(s);
- o) piso lavável e impermeável;
- p) instalação de água e esgoto;
- q) linha telefônica fixa ou celular;
- r) fácil acesso para os pacientes a pé, em cadeiras ou em macas, devendo-se prever a necessidade de rampas;
- s) área de espera para atendimento;
- t) escape para as ambulâncias;
- u) sinalização visível para o público de qualquer ponto do evento.

**2- Do mobiliário**

O seguinte mobiliário deve estar disponível para cada posto médico:

- a) móvel para armazenamento de medicamentos, metálico, de material plástico ou em madeira, isento de vidros em sua constituição;
- b) mesa de apoio ou bancada para colocação de equipamentos médicos;
- c) mesa tipo escrivaninha para atendimento médico (também isenta de vidro);
- d) assentos para a equipe de atendimento, para os pacientes e acompanhantes;
- e) biombo para separação entre as macas ou sistema semelhante;
- f) escada de 02 degraus para cada maca;
- g) braçadeira para injeção;
- h) suporte de soro de chão, parede ou teto em quantidade compatível com o número de macas, permitindo que 02 frascos de soro sejam fixados simultaneamente;
- i) 01 foco de luz portátil para cada 05 leitos ou fração;
- j) macas com rodízios emborrachados cujo diâmetro seja superior a 10 cm, grades laterais e sistema que possibilite a elevação da cabeceira em um mínimo de 45°;
- k) 01 cadeira de rodas;
- l) 01 lixeira com tampa e pedal para cada maca.

**3- Dos equipamentos médicos**

Os seguintes equipamentos médicos devem estar disponíveis em cada posto médico:

- a) 01 estetoscópio para cada 02 macas;
- b) 01 esfigmomanômetro para cada 02 macas;

- c) 01 bolsa auto-inflável de ventilação manual com reservatório, acompanhada por uma máscara de ventilação para cada maca;
- d) 01 monitor cardíaco/desfibrilador manual portátil com marca-passo externo, funcionamento a bateria, com capacidade de monitorizar o ritmo cardíaco com as pás de desfibrilação (*quick look paddles*) para cada posto médico, possuindo até 10 macas ou fração e com bateria reserva carregada;
- e) 01 oxímetro de pulso portátil com funcionamento a bateria, para cada 02 macas;
- f) 01 eletrocardiógrafo (pode estar integrado ao monitor/desfibrilador);
- g) 01 glicosímetro com as respectivas fitas de testagem para cada posto;
- h) 01 aspirador portátil de secreção para cada 05 macas, podendo o vácuo do mesmo ser produzido por: motor elétrico (neste caso com funcionamento a bateria), manualmente ou através de sistema Venturi, devendo haver no mínimo um aspirador em cada posto;
- i) 02 bombas infusoras com bateria para cada 06 macas ou fração, devendo haver no mínimo 02 bombas infusoras em cada posto;
- j) 01 cilindro de oxigênio portátil de 0,45 m<sup>3</sup> para cada 02 macas, devendo haver no mínimo um cilindro deste para cada posto;
- k) 01 cilindro de oxigênio de 4,00 m<sup>3</sup> para cada 05 macas ou fração, devendo haver no mínimo um deste para cada posto;
- l) 01 nebulizador para cada cinco macas ou fração, devendo haver no mínimo 01 aparelho em cada posto;
- m) 01 respirador mecânico de transporte para adulto;
- n) 02 laringoscópios infantil/adulto com conjunto de lâminas completas;
- o) 01 pinça de *Magyll*;
- p) 01 receptáculo metálico ou plástico para diurese e evacuação do paciente ("compadre e comadre") para cada maca;
- q) 02 pranchas longas com mínimo de 03 cintos de fixação e estabilizador lateral de cabeça para cada posto;
- r) 01 prancha curta para massagem cardíaca;
- s) 01 tesoura para corte de vestes;
- t) 01 termômetro clínico para cada posto.

## ANEXO E – FARE (Resolução SEDEC nº 131/2019)

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
DIRETORIA DE SOCORRO DE EMERGÊNCIA

| FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO EM EVENTOS DO CARNAVAL<br>(Resolução SEDEC 131, de 15/02/2019)  |  | Nº Protocolo   |
|--|--|--|
| E<br>V<br>E<br>N<br>T<br>O   | IDENTIFICAÇÃO  | DATA(S)  |
|  | LOCAL  |  |
| ITEM DE AVALIAÇÃO  |  |  |
| 1  | Natureza do Evento:  |  |
| 2  | Horários: Hora de início das atividades:   | Hora de encerramento:  |
| 3  | Público previsto (nº de pessoas - por extenso):<br>Ingressos limitados e controle de público <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                               |  |
| 4  | Área de concentração (m²):   | Mobilidade da multidão: <input type="checkbox"/> Espaço aberto <input type="checkbox"/> Espaço fechado |
| 5  | Promotor do Evento <input type="checkbox"/> Instituição Pública <input type="checkbox"/> Instituição Privada   |  |
| 6  | Faixa etária predominante <input type="checkbox"/> até 14 anos <input type="checkbox"/> 15 a 35 anos <input type="checkbox"/> 36 a 55 anos <input type="checkbox"/> acima de 55 anos |  |
| 7  | Ambiente climatizado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   |  |
| 8  | Infra-estrutura básica:  |  |
|  | a. Acesso a alimentação e líquidos <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes/precárias  | b. Instalações sanitárias <input type="checkbox"/> Presentes   |
| 9  | Vias de acesso internas (corredores de circulação) <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes/precárias  |  |
| 10   | Vias de acesso externas (acesso e rotas de fuga) <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes/precárias  |  |
| 11   | Venda de bebidas alcoólicas no local <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   |  |
| 12   | Hospitais de referência para o evento: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado   |  |
| 13   | Os hospitais de referência foram avisados da ocorrência do evento, pela organização? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                       |  |
| Eu abaixo assinado, promotor do evento declaro estar ciente do conteúdo da Resolução nº 83/2016 da SEDEC e da Resolução SEDEC 131, de 15/02/2019 e me responsabilizo pelo fiel cumprimento do planejamento descrito neste documento. |  |  |
| Dados do Promotor do Evento Nome:<br>RG: _____ CPF: _____<br>Telefone de contato: _____  |  | Data da Solicitação: ____/____/____  |
| ASSINATURA DO REQUERENTE   |  |  |
| OBSERVAÇÕES (PREENCHIMENTO POR OFICIAL DA DSE/CBMERJ):   |  |  |
| Rio de Janeiro, ____/____/____   |  |  |
| Assinatura e carimbo da Diretora de Socorro de Emergência  |  |  |





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CORDEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE TURISMO

Anexo II - CALENDÁRIO DE POSSÍVEIS EVENTOS – ANO 2025  
DA PREFEITURA MUNICIPAL DE CORDEIRO

(As informações abaixo são apenas previsões e podem sofrer alterações)

| MÊS | EVENTO   | LOCAL DE EXECUÇÃO               |
|-----|--|---------------------------------|
| JAN |  |                                 |
| FEB | CARNAVAL   | CENTRO                          |
| MAR | CARNAVAL   | CENTRO                          |
| ABR | FESTIVAL DA VIOLA  | CENTRO                          |
| MAY |  |                                 |
| JUN |  |                                 |
| JUL |  |                                 |
| AUG | 81ª EXPOSIÇÃO COMERCIAL, INDUSTRIAL E AGROPECUÁRIA DE CORDEIRO   | PARQUE DE EXPOSIÇÕES RAUL VEIGA |
| SET | 7º CORDEIRO MOTO FEST  | PARQUE DE EXPOSIÇÕES RAUL VEIGA |
| OUT | 5ª EXPO GOSPEL   | PARQUE DE EXPOSIÇÕES RAUL VEIGA |
| NOV |  |                                 |
| DEZ | REVÉILLON / ANIVERSÁRIO DA CIDADE / FESTIVIDADES DE FINAL DE ANO | CENTRO                          |
|     |  | CENTRO                          |

Processo nº 0311125

Fls 31 Rúbrica 8

Avenida Presidente Vargas, 42/54 - Centro - Cordeiro - RJ  
CEP: 28540-000 - Tel.: (22) 2551-0145 / (22) 2551-0616  
[www.cordeiro.rj.gov.br](http://www.cordeiro.rj.gov.br)