



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CORRIDAS DE RUA

FORMULÁRIO I

IDENTIFICAÇÃO DO EVENTO

Nome do Evento:
Organizador:
CNPJ:
Responsável Legal:
Telefone:
E-mail:
Data do Evento: ____ / ____ / ____
Horário da prova:
Horário de montagem da estrutura:
Horário previsto para encerramento:

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CORRIDAS DE RUA

FORMULÁRIO II

CARACTERÍSTICAS DO EVENTO

Modalidade:
☐ Caminhada
☐ Corrida 5 km
☐ Corrida 10 km
☐ 15 km
☐ Meia Maratona
☐ Maratona
☐ Ultramaratona
☐ Outra
Número previsto de atletas:
Número estimado de espectadores:
Número total estimado de pessoas presentes:
Local da largada:
Local da chegada:
Município:

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CORRIDAS DE RUA

FORMULÁRIO III

CLASSIFICAÇÃO DO EVENTO

Classificação Municipal de Risco:
☐ Nível I
☐ Nível II
☐ Nível III
☐ Nível IV
Pontuação obtida na Matriz de Risco: _____ pontos

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CORRIDAS DE RUA

FORMULÁRIO IV

RESPONSÁVEL TÉCNICO

Nome:
CRM:
Especialidade:
Telefone:
E-mail:
Declaro ser o responsável técnico pelo presente Plano de Atenção Médica e assumir integral responsabilidade pela sua execução.
Assinatura:

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CORRIDAS DE RUA

FORMULÁRIO V

EMPRESA PRESTADORA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Razão Social:
CNPJ:
Licença Sanitária:
Responsável Técnico:
Telefone:

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CORRIDAS DE RUA

FORMULÁRIO VI

RECURSOS HUMANOS

Categoria	Quantidade
Médicos	
Enfermeiros	
Técnicos de Enfermagem	
Socorristas	
Condutores	
Coordenadores Operacionais	

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CORRIDAS DE RUA

FORMULÁRIO VII

AMBULÂNCIAS

Tipo	Quantidade
Tipo B:	
Tipo D	
Motolâncias	
Veículos de Apoio	
Identificação das ambulâncias:	
Placa	
Empresa	
Equipe	
DEA disponível	



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CORRIDAS DE RUA

FORMULÁRIO VIII

POSTOS MÉDICOS

Quantidade:
Localização:
Estrutura disponível:
☐ Área de estabilização
☐ Observação
☐ Oxigênio
☐ Monitor
☐ DEA
☐ Medicamentos
☐ Materiais de imobilização
☐ Outros

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CORRIDAS DE RUA

FORMULÁRIO IX

EQUIPAMENTOS

Informar quantidade disponível.

Equipamento	Quantidade
DEA	
Monitores	
Oxímetros	
Aspiradores	
Cilindros de Oxigênio	
Pranchas	
Colares Cervicais	
Bombas de Infusão	

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CORRIDAS DE RUA

FORMULÁRIO X

MEDICAMENTOS

Declarar disponibilidade mínima conforme Protocolo.
☐ Adrenalina
☐ Amiodarona
☐ Glicose
☐ Glucagon
☐ Corticoides
☐ Anti-histamínicos
☐ Salbutamol
☐ Analgésicos
☐ Soluções intravenosas

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CORRIDAS DE RUA

FORMULÁRIO XI

PERCURSO

Extensão: _____ km
Mapa anexado:
☐ Sim
☐ Não
Quantidade de pontos de hidratação:
Quantidade de postos médicos:
Quantidade de áreas de resfriamento:



PREFEITURA DE
SÃO PAULO

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CORRIDAS DE RUA

FORMULÁRIO XII

HOSPITAIS DE REFERÊNCIA

Hospital Clínico
Nome:
Tempo estimado de deslocamento:
Telefone:
Hospital Cardiológico
Nome:
Tempo:
Telefone:
Hospital de Trauma
Nome:
Tempo:
Telefone:



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CORRIDAS DE RUA

FORMULÁRIO XIV

COMUNICAÇÃO

Sistema utilizado
☐ Rádio
☐ Telefonia
☐ Aplicativo
☐ Outro
Responsável pela Central Médica



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CORRIDAS DE RUA

FORMULÁRIO XV

PLANO DE CONTINGÊNCIA

Informar procedimentos previstos para:
☐ Golpe de calor
☐ PCR
☐ Trauma
☐ Múltiplas vítimas
☐ Eventos climáticos
☐ Cancelamento da prova
☐ Evacuação

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CORRIDAS DE RUA

FORMULÁRIO XVI

DECLARAÇÕES

O organizador declara que:
☐ todas as informações prestadas são verdadeiras;
☐ a estrutura assistencial permanecerá disponível durante todo o evento;
☐ os equipamentos encontram-se em condições de uso;
☐ as equipes encontram-se capacitadas;
☐ todas as ambulâncias Tipo B possuem DEA em perfeito funcionamento, quando exigido pelo Protocolo;
☐ a estrutura atende integralmente ao Protocolo Municipal de Assistência à Saúde em Corridas de Rua.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

PROTOCOLO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM CORRIDAS DE RUA

FORMULÁRIO XVII

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS ANEXOS

☐ Mapa do percurso
☐ Cronograma do evento
☐ Relação nominal das equipes
☐ Cópias dos registros profissionais
☐ Licença Sanitária da empresa prestadora
☐ Relação das ambulâncias
☐ Certificados de treinamento em BLS/DEA
☐ Comprovantes de manutenção dos equipamentos
☐ Apólice de seguro do evento (quando aplicável)
☐ Plano de gerenciamento de riscos
☐ Plano de contingência
☐ Plano de comunicação
Responsável pela análise:
Assinatura:

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE