

Roteiro Objetivo de Inspeção: Unidade de Internação Hospitalar

Instituição:

CNPJ:

Local:

Contato:

CNES:

Data:

Avaliador:

Documento:
Versão: 1.2
Data: 31-08-26

Nº	Indicador	Critica	Ava	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
1	Licença Sanitária	NC		Não possui ou está inserido em um serviço de saúde que não possui licença sanitária.	A Unidade de Internação ou o serviço de saúde no qual está inserido, possui licença sanitária vencida, sem pedido de renovação.	A Unidade de Internação possui ou o serviço de saúde no qual está inserido, possui licença sanitária vencida, com pedido de renovação ou está em processo inicial de licenciamento.	A Unidade de Internação possui ou está inserida em um serviço de saúde que possui licença sanitária atualizada.	Solicitou e renovou a licença sanitária antes do vencimento.	Possui histórico de renovação antes do vencimento.	Art. 10 da RDC 63/2011
2	Coordenação/Supervisão	NC		Não dispõe de profissional responsável legalmente habilitado.	Conta com profissional legalmente habilitado, porém não responde pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento.	Conta com profissional responsável legalmente habilitado, que responde pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, porém não está formalmente designado.	Unidade de internação conta com profissional responsável, legalmente habilitado, que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, formalmente designado.	Profissional responsável possui pós graduação na área da saúde.	Profissional responsável é exclusivo do setor.	Artigos 15 e 16 da RDC 63/2011
3	Recursos Humanos	C		Equipe multiprofissional não possui profissionais específicos para todas as demandas relacionadas ao perfil de atendimento.	Alguns profissionais não apresentam registro no Conselho de Classe Profissional exigido.	Não há o registro de formação e qualificação de alguns profissionais ou há incompatibilidade com as funções desempenhadas por alguns profissionais.	Possui equipe multiprofissional dimensionada conforme perfil de atendimento e demanda. Mantém disponíveis registros de formação e qualificação dos profissionais compatíveis com as funções desempenhadas, inclusive documentação referente ao registro dos profissionais em conselhos de classe, quando for o caso.	Existe plano de contingência para substituição de pessoal em situações de necessidade do serviço.	Monitora e avalia indicadores de recursos humanos, tais como índice de cobertura de escalas e taxa de afastamento.	Arts. 17, 30 e 31 da RDC 63/2011

4	Capacitação de Pessoal	NC		Ausência de qualquer registro de capacitação.	Existem registros de capacitações periódicas, apenas para alguns dos profissionais, ou registros com dados que não abordam temas relacionados com as atividades desenvolvidas no serviço.	Existem registros de capacitações periódicas, porém, com dados incompletos.	Serviço promove a capacitação dos seus profissionais antes do início das atividades e de forma permanente, em conformidade com as atividades realizadas. Contempla programa com conteúdo mínimo sobre normas e procedimentos de higiene, utilização de EPI, EPC e vestimentas de trabalho, prevenção de acidentes/ incidentes e temas específicos de acordo com a atividade desenvolvida pelo profissional. Há registros contendo: data, horário, carga horária, conteúdo ministrado, nome e a formação ou capacitação profissional do instrutor e dos trabalhadores envolvidos.	Existe planejamento contínuo com cronograma e as capacitações são realizadas periodicamente (no mínimo, anualmente, ou sempre que for introduzida nova tecnologia ou procedimento).	As capacitações teórico-práticas são avaliadas e há registro de desempenho dos profissionais após treinamento.	Arts. 23 inciso III, 32 e 33 da RDC 63/2011
5	Padronização de Normas e Rotinas dos Procedimentos Assistenciais	NC		Não dispõe de normas, procedimentos e rotinas técnicas.	Documentos em elaboração ou incompatíveis com a prática realizada ou indisponíveis à equipe.	Documentos existentes, porém desatualizados ou não aprovados ou incompletos.	Dispõe de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, aprovadas e vigentes, de todos os processos de trabalho em local de fácil acesso a toda equipe.	Normas, procedimentos e rotinas técnicas são revisados sistematicamente a cada introdução de nova tecnologia no setor com registro de divulgação e treinamento dos profissionais.	Existe registro de auditoria interna para verificação do cumprimento das normas, procedimentos e rotinas técnicas.	Artigos 7º Inciso II alínea "d", 23 Inciso XVIII e 51 da RDC 63/2011
6	Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)	C		Unidade não dispõe de EPIs.	Existe padronização para uso de EPIs, mas não atende à normativa ou não são adequados para a realização das atividades.	Os EPIs são utilizados de modo inadequado ou estão em quantidade insuficiente para a demanda.	Os EPIs são fornecidos em número suficiente, em boas condições de conservação e uso e compatíveis com as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores. As instruções para uso dos EPIs estão disponíveis a todos os trabalhadores.	Existe estoque dos EPI's não descartáveis, possibilitando substituição imediata quando necessário.	Possui sistema informatizado de controle dos prazos de validade dos EPIs com alertas.	Art. 47 da RDC 63/2011
7	Prontuário do Paciente	C		Ausência de prontuário dos pacientes.	Existência de prontuário para alguns pacientes ou não há identificação do profissional que realizou o procedimento ou foram identificados erros nos registros.	Dispõe de prontuário para todos os pacientes, porém, com registros incompletos, ilegíveis ou intempestivos.	Prontuários estão seguros, em boas condições de conservação e organização e podem ser acessados sempre que necessário. Contém registros relativos à identificação e a todos os procedimentos prestados ao paciente, de forma legível, com assinatura e carimbo quando em meio físico. Para os prontuários eletrônicos, a identificação é garantida por mecanismos de autenticação e registro.	Existe auditoria interna dos prontuários e ações de melhorias incorporadas.	Existe auditoria externa dos prontuários e ações de melhoria incorporadas.	Arts. 24, 25 26, 27 e 28 da RDC 63/2011

8	Higiene das mãos (HM)	C		Ausência de pias/lavatórios e insumos para higiene das mãos (HM) e de dispensadores com preparação alcoólica nos pontos de assistência ao paciente.	Possui pias/lavatórios para HM em alguns pontos de assistência ao paciente ou faltam insumos ou dispensadores de preparação alcoólica instalados inapropriadamente.	Não possui protocolo de HM implantado e/ou registro de capacitação para a sua implementação.	Existe protocolo implementado de HM e disponibiliza sabonete (líquido, espuma e outras), insumos, e equipamentos necessários à prática de HM dos trabalhadores, pacientes, acompanhantes e visitantes, além de preparação alcoólica (líquida, espuma e outras) para fricção antisséptica das mãos nos pontos de assistência. Disponibiliza cartazes com orientações sobre o passo a passo da HM próximo às pias/lavatórios e aos dispensadores de preparação alcoólica e monitora os indicadores de HM.	Possui sistema informatizado para monitoramento dos indicadores de HM.	Realiza engajamento dos pacientes/familiars/acompanhantes na prática de HM, incluindo o incentivo a reportar o não cumprimento da HM pelos profissionais antes do atendimento.	Arts. 5º e 6º da RDC 42/2010; Arts. 8º (inciso II) e 59 da RDC 63/2011; Item 7.1 alíneas "a" e "b" do Anexo 01 da Portaria 1377/2013
9	Vigilância e Notificação de Eventos Adversos	NC		Não realiza a vigilância e notificação dos eventos adversos ocorridos na instituição.	Realiza a vigilância dos eventos adversos, mas não notifica ao SNVS, porém não efetua notificações ao SNVS.	O serviço realiza a vigilância dos eventos adversos e notifica ao SNVS, porém fora dos prazos estabelecidos.	O serviço realiza a vigilância dos eventos adversos e notifica regularmente os dados ao SNVS até o 15º dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância e os EA que evoluem para óbito são notificados em até 72 horas a partir do ocorrido.	Realiza registro dos incidentes ou dos nears miss (quase erros).	Realiza auditoria periódica nos prontuários para verificar EA não notificados e implementa ações melhorias.	Art. 5º, inciso II, Art. 9º e Art. 10 da RDC 36/2013; Art. 8º inciso III, Art. 23 inciso XIV, Art. 62 da RDC 63/2011
10	Doenças de Notificação Compulsória	NC		Não realiza notificação.	Notifica, porém sem regularidade.	Notifica com regularidade, mas foi verificada alguma falha na notificação.	A equipe de saúde realiza notificação a vigilância epidemiológica de suspeita de doenças de notificação compulsória.	Possui responsável pelas notificações.	Realiza análise crítica anual ou quando necessário.	Art. 1º do Cap I da Portaria MS/GM 204/2016
11	Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)	NC		Ausência de protocolos implantados e POPs para prevenção e controle das IRAS.	Existem protocolos implantados para prevenção e controle de IRAS, mas não há dados de vigilância ou protocolos estão desatualizados.	Existem protocolos implantados para prevenção e controle de IRAS mas não há comprovação de capacitação da equipe assistencial.	Medidas de controle das IRAS, definidas em conjunto com a CCIH, são cumpridas, e os profissionais implementam os protocolos de prevenção. Realiza busca ativa das infecções relacionadas a dispositivos invasivos, dos microrganismos multirresistentes e outros de importância clínica epidemiológica e identifica surtos. Existem normas acerca de precauções de isolamento, especialmente p/ pacientes suspeitos/confirmados com microrganismos multirresistentes.	Implementa medidas para controle em situações de surto, colabora com ações de investigação de surto. Discute dados de IRAS com equipe assistencial e revisa as medidas de prevenção com base nesses dados.	Medidas de controle das IRAS são submetidas a auditorias periódicas por parte da CCIH. Realiza prescrição de antimicrobianos baseado no perfil microbiológico local.	Anexo III da Portaria 2616/1998

12	Identificação do Paciente	NC		Não há protocolo implantado de identificação do paciente na unidade ou foi verificado paciente sem identificação.	Há evidências da implantação de protocolo de identificação do paciente na unidade, mas está desatualizado ou não possui fácil acesso.	Há protocolo de identificação do paciente implantado, atualizado e disponível na unidade, mas os identificadores estão incompletos, ilegíveis ou incorretos, ou não há registro/documentação de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo ou não realiza o monitoramento dos indicadores mínimos previstos no protocolo de identificação.	Todos os pacientes utilizam pulseiras de identificação conforme protocolo definido e há no mínimo dois identificadores na pulseira (nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data do nascimento do paciente e número do prontuário do paciente). Os dados da pulseira coincidem com a identificação beira leito e a pulseira de fácil leitura e legível. Há registro de educação permanente na temática. São realizados monitoramento/auditorias para verificar o cumprimento do protocolo e são monitorados os seguintes indicadores: a) Número de eventos adversos devido a falhas na identificação do paciente; b) Proporção de pacientes com pulseiras padronizadas entre os pacientes atendidos na unidade.	Os dados das auditorias periódicas para verificação do cumprimento do protocolo de identificação do paciente são divulgados para toda a equipe multiprofissional que atua na unidade. E participa da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente.	Os resultados obtidos com a análise dos indicadores e das auditorias de implementação do protocolo são utilizados para implementação de ações de melhoria na unidade e para prevenção da ocorrência de eventos adversos relacionados à não adesão ao protocolo.	Art. 7º Inciso VI e 8º IV da RDC 36/2013 e Itens 4.1, 5.1, 5.2 e Apêndice do Anexo 02 da Portaria 2095/2013
13	Prevenção de Lesão por Pressão	NC		Não há protocolo implantado de prevenção de lesão na unidade.	Há evidências da implantação de protocolo de prevenção de lesão por pressão na unidade, mas está desatualizado ou não possui fácil acesso.	Há protocolo de prevenção de lesão por pressão implantado, atualizado e disponível na unidade, mas não há registro/documentação de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo ou não realiza o monitoramento dos indicadores mínimos previstos no protocolo de prevenção de lesão por pressão.	Possui protocolo de prevenção de lesão por pressão atualizado e disponível na unidade com registro/documentação de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade para sua implementação. E monitora o cumprimento do protocolo por meio de indicadores: a) Percentual (%) de pacientes submetidos a avaliação de risco para Lesão por pressão (LPP) na admissão; b) Percentual (%) de pacientes de risco recebendo cuidado preventivo apropriado para LPP; c) Percentual (%) de pacientes recebendo avaliação diária para risco de LPP e d) Incidência de LPP.	Os dados das auditorias periódicas para verificação do cumprimento do protocolo de prevenção de lesão por pressão são divulgados para toda a equipe multiprofissional que atua na unidade. E participa da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente.	Os resultados obtidos com a análise dos indicadores e das auditorias de implementação do protocolo são utilizados para implementação de ações de melhoria na unidade e para prevenção da ocorrência de eventos adversos relacionados à não adesão ao protocolo. E disponibiliza orientação sobre prevenção de lesão por pressão aos pacientes e familiares.	Art. 7º Inciso VIII da RDC 36/2013 e Itens 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5 e 5.6 do Anexo 02 da Portaria 1377/2013

14	Prevenção de Quedas	NC		Não há protocolo implantado de prevenção de quedas na unidade.	Há evidências da implantação de protocolo de prevenção de quedas na unidade, mas está desatualizado ou não possui fácil acesso.	Há Protocolo de Prevenção de Quedas implantado, atualizado, e disponível na unidade, mas não há registro de avaliação de risco realizada. E não há registro/documentação de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo ou não realiza o monitoramento dos indicadores mínimos previstos no protocolo de prevenção de quedas.	Protocolo de Prevenção de Quedas atualizado, disponível e implantado na unidade, incluindo medidas de prevenção de queda do paciente, conforme avaliação de risco realizada. Há registro de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo e há registro de avaliação de risco realizada na admissão do paciente. Os eventos adversos relacionados às quedas de pacientes são notificados ao SNVS.	Os dados das auditorias periódicas para verificação do cumprimento do protocolo de prevenção de quedas são divulgados para toda a equipe multiprofissional que atua na unidade. E participa da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente.	Os resultados obtidos com a análise dos indicadores e das auditorias são utilizados para implementação de ações de melhoria na unidade e para prevenção da ocorrência de eventos adversos relacionados à não adesão ao protocolo.	Art. 7º Inciso VIII da RDC 36/2013 e Itens 5.2.1, 5.2.2 e 5.3 do Anexo 01 da Portaria 2095/2013 e Art. 8º da RDC 36/2013 e Art. 8º, Art. 9º e Art. 10 da RDC 63/2011
15	Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos- Evidências	NC		Não há protocolo de Segurança na prescrição, na distribuição e dispensação e na administração de medicamentos na unidade ou qualquer evidência de sua implantação.	Há evidências da implantação integral ou parcial de protocolo na unidade, mas está desatualizado ou não possui fácil acesso.	Há Protocolo implantado, atualizado, e disponível na unidade, porém não há registro/documentação de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo ou não realiza o monitoramento dos indicadores mínimos previstos no protocolo.	Há evidência da implementação do Protocolo de segurança na prescrição, na distribuição e dispensação e na administração de medicamentos, atualizado, e disponível na unidade, incluindo a avaliação de risco realizada na admissão e durante o período de internação do paciente, incluindo a verificação da dupla checagem das doses prescritas principalmente para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância, conciliação medicamentosa e identificação segura. Há registro de capacitação de todos os profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo e realiza o monitoramento dos indicadores mínimos previstos no protocolo. Os erros de medicação são notificados ao SNVS.	Os dados das auditorias periódicas para verificação do cumprimento do protocolo de segurança na prescrição, na distribuição e dispensação e na administração de medicamentos são divulgados para toda a equipe multiprofissional que atua na unidade. E participa da Avaliação Nacional das Práticas de Segurança do Paciente.	Os resultados obtidos com a análise dos indicadores e das auditorias de implementação do protocolo são utilizados para implementação de ações de melhoria na unidade e para prevenção da ocorrência de erros de medicação relacionados à não adesão ao protocolo. E disponibiliza orientação sobre prevenção de erros de medicação aos pacientes e familiares.	Art. 7º Inciso VIII da RDC 36/2013 e Itens 5.1, 5.2, 6.1, 6.2, 7.1 e 7.2 do Anexo 03 da Portaria 2095/2013 e Art. 8º da RDC 36/2013 e Art. 8º, Art. 9º e Art. 10 da RDC 63/2011

16	Estrutura Física	NC		Inexiste alguns ambientes ou alguns estão em número insuficiente para a quantidade de leitos.	Dispõe de todos os ambientes, porém pelo menos um deles não atende às dimensões mínimas preconizadas na RDC 50/02.	Alguns ambientes não apresentam identificação ou não há quarto para isolamento.	Dispõe de posto de enfermagem/ prescrição médica com no mín. 6m ² (01/ cada 30 leitos), sala de serviço (1/cada posto de enfermagem), sala de exames e curativos (1/ cada 30 leitos * quando a enfermaria não tiver subdivisão física dos leitos) e área de cuidados e higienização de lactentes (1/ cada 12 berços ou fração). A cada 30 leitos ou fração, existe no mínimo um quarto para isolamento. No caso de alojamento conjunto, o berço fica ao lado do leito da mãe e afastado 0,6 m de outro berço. Estão disponíveis os seguintes ambientes de apoio: sala de utilidades, sanitários para público e funcionário, rouparia, DML e banheiros para pacientes (cada quarto ou enfermaria deve ter acesso direto a um banheiro.) Todos os ambientes estão identificados.	Dispõe de outros ambientes de apoio não obrigatórios, tais como área para guarda de macas e cadeiras de rodas, sala administrativa e depósito de equipamentos e materiais.	Ambiente projetado com iluminação natural e acústica que reduza ruídos visando a humanização e o bem estar.	Parte II, Unidade Funcional 3 da RDC 50/02, Arts. 7º (inciso II, alínea "b") e 17 da RDC 63/2011
17	Manutenção da Estrutura Física	NC		Não realiza ações de manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais e/ou as instalações físicas estão muito degradadas.	Existem evidências de manutenções corretivas e preventivas, mas não há registro.	Há registro apenas das manutenções corretivas.	Mantém as instalações físicas da Unidade de Internação em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza. Realiza manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais, de forma própria ou terceirizada e existem registros.	Possui plano de manutenção predial preventiva e corretiva, atualizado periodicamente.	Além do plano de manutenção, possui profissional responsável por avaliar periodicamente as condições da estrutura física.	Inciso VII do Art.23, Art. 36 e Art. 42 da RDC 63/2011
18	Iluminação e Ventilação	C		Ausência de iluminação ou ventilação.	Iluminação e/ou ventilação precárias que dificultam a realização das atividades.	Iluminação e ventilação compatíveis apenas nos leitos.	Dispõe de iluminação e ventilação compatíveis com o desenvolvimento das atividades.	Ambientes com controle de intensidade de luz e fluxo de ventilação.	Realiza o gerenciamento das condições de iluminação e ventilação com registro dos problemas identificados e ações de melhorias adotadas.	Art. 38 da RDC 63/2011

19	Limpeza e Desinfecção do Ambiente e dos Equipamentos	C		Ambiente sujo e desorganizado, incompatível com as atividades desenvolvidas ou utilizam produtos saneantes de uso domiciliar ou não regularizados na ANVISA.	Limpeza divergente do POP ou não dispõe de POP ou não dispõe de registros.	Os registros apresentam inconsistências.	A unidade mantém os ambientes em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza, livres de resíduos e odores incompatíveis com a atividade, conforme POPs. Os registros estão disponíveis. Utiliza produtos saneantes de uso profissional/hospitalar regularizados na ANVISA.	Existe supervisão da limpeza e desinfecção.	Existe monitoramento dos procedimentos de limpeza e desinfecção, de acordo com orientação da CCIH.	Artigos 23 Inciso XVIII, 36 e 52 da RDC 63/2011 e Item 13.1 do Roteiro B do Anexo da RDC 48/2000
20	Controle dos Medicamentos	NC		Não dispõe de todos os medicamentos necessários para a demanda do serviço ou realiza dispensação sem prescrição médica.	Alguns medicamentos apresentam prazo de validade expirado ou estão armazenados com acesso irrestrito.	Medicamentos armazenados sob calor e/ ou umidade excessivos, incidência de luz solar ou outras circunstâncias que possam comprometer o uso.	Medicamentos dentro do prazo de validade e armazenados de forma organizada. Os fármacos sujeitos a controle especial são armazenados sob chave ou outro dispositivo que oferece segurança. Procede o uso racional dos medicamentos, com prescrição médica.	Medicamentos são dispensados em dose unitária e/ ou individual.	Possui registro informatizado de todos os medicamentos, com alertas sobre quantidades e validade.	Art. 8º (inciso V) e 53 da RDC 63/2011
21	Gestão dos Equipamentos	C		Existem equipamentos não regularizados pela Anvisa ou não existe qualquer registro de manutenção.	Alguns equipamentos não estão em boas condições de operação ou não são utilizados para o fim a que se destinam ou são operados por profissional não qualificado.	As manutenções dos equipamentos não são realizadas de acordo com a orientação do fabricante ou apresentam registros com inconsistências.	Os equipamentos estão em boas condições de operação, são utilizados apenas para o fim a que se destinam, por pessoal qualificado, treinado e conforme as instruções do fabricante, estando regularizados junto a ANVISA. Realiza manutenções preventivas e corretivas nos equipamentos e mantém os registros.	Existe plano de gerenciamento dos equipamentos do Serviço, com registro das avaliações periódicas de desempenho. Ou participam de Comissão de Tecnovigilância.	O Plano de gerenciamento dos equipamentos é supervisionado por engenheiro clínico.	Arts. 7º (inciso II-a e II-c), 23 (inciso IX), 53 e 55 da RDC 63/2011 e Art 2º da RDC 751/22
22	Controle de Pragas	NC		Foi verificada a presença significativa de pragas/vetores na unidade ou não há registro do controle.	Realiza terceirização do serviço, com empresa sem licença sanitária ou os registros dos controles estão inconsistentes.	Realiza ações de controle, mas foi verificada a presença eventual de pragas/vetores.	Garante ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas. Quando necessário, o controle químico é realizado por empresa habilitada, possuidora de licença sanitária e ambiental, com produtos desinfestantes regularizados pela Anvisa. Mantém disponível documentação e registro referente ao controle de vetores e pragas urbanas.	Realiza em periodicidade definida as ações de controle.	Possui rotina de verificação da efetividade do controle, implementando possíveis ações corretivas.	Inciso VIII do Art. 23 , Art. 63 da RDC 63/2011

23	Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (GRSS)	NC		Não possui PGRSS ou não dispõe de coletores/ lixeiras em quantidade suficiente.	O PGRSS está em elaboração/ implantação ou os coletores estão em quantidade insuficiente ou não estão identificados corretamente ou são verificadas falhas na segregação dos resíduos.	O PGRSS está incompatível com as características do serviço ou as lixeiras ou coletores em quantidade suficiente, identificados, porém alguns estão danificados ou sem tampa de acionamento por pedal.	Possui PGRSS compatível com as características do serviço, dispõe de lixeiras ou coletores compatíveis com o tipo de resíduo gerado/produzido pela unidade, devidamente identificados, em boas condições com tampa e acionamento por pedal.	Lixeiras ou coletores são de acionamento automático.	Realiza revisão periódica do PGRSS ou utiliza coletores com tampa hermética.	Inciso I do Art. 2º, inciso I do Art. 5º, Arts. 7º , 9º e 10º da RDC 222/2018
24	Atendimento de Urgência/ Emergência	C		Não possui procedimentos ou equipamentos que garantam o suporte imediato a vida.	Foi identificada a falta de algum procedimento ou equipamento que poderia garantir o suporte imediato a vida.	Possui procedimentos e equipamentos que garantem o suporte imediato a vida, mas em quantidade incompatível com a unidade.	O serviço de saúde garante que todos os usuários recebam suporte imediato a vida quando necessário e garante a disponibilidade dos equipamentos, materiais, insumos e medicamentos de acordo com a complexidade e demanda da unidade de internação.	Possui procedimentos e equipamentos que garantem o suporte imediato a vida, em quantidade superior a necessária, possibilitando atendimento de possíveis demandas superiores às esperadas.	Além dos equipamentos necessários, possui equipamentos de reserva possibilitando substituição imediata, em caso de necessidade.	Arts. 53 e 58 da RDC 63/2011