



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO Nº 1 e
DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO SANITÁRIO

REVISÃO 01/2023

01 – Razão Social: _____

02 – Nome Fantasia: _____

03 – Personalidade Jurídica: ☐ Pessoa Jurídica
☐ Pessoa Física

03.1 – CNPJ/CPF nº _____

04 – Endereço: _____

05 – Nº _____ 06 – Complemento: _____ 07 – CEP nº _____

08 – Bairro: _____ 09 – Município: _____

10 – UF: ____ 11 – Telefone: _____ 12 – E-mail: _____

13 – Atividades a serem desenvolvidas:

Selecionar (X)	CNAE	ATIVIDADE
☐	8630-5/02	Atividade médica com recurso para realização de exames complementares / Unidade de Saúde Pública
☐	8630-5/03	Atividade médica restrita a consultas
☐	8630-5/99	Atividade médica sem procedimento invasivo
☐	8650-0/01	Atividade de enfermagem
☐	8650-0/99	Serviços prestados por farmacêuticos clínicos sem procedimento invasivo / Serviços de osteopatia / Serviços de quiropraxia / Serviços de optometria
☐	8690-9/03	Atividades de acupuntura
☐		Atividades congêneres – prestação de serviços de saúde

Legenda: S – Sim; N – Não; NA – Não se aplica à atividade desenvolvida;
CF – Conformidade* a ser preenchido pelo fiscal no momento da inspeção.

1. ESTRUTURA FÍSICA	S	N	NA	CF
1.1 Acesso adaptado para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida?				
1.2 Piso, paredes e demais materiais de acabamento são lisos, impermeáveis e mantidos em bom estado de higiene e conservação?				
1.3 Possui lavatório(s) para higiene das mãos suprido(s) com sabonete líquido e papel toalha descartável nas áreas de atendimento aos pacientes?				
1.4 Disponibiliza dispensadores com preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, em local visível e de fácil acesso?				
1.5 Possui ventilação natural e/ou artificial suficiente para assegurar a troca e renovação do ar ambiente. Quando artificial possui plano de higiene e manutenção dos equipamentos - PMOC?				
1.6 Possui sanitário adaptado para pessoas com deficiência na recepção?				
1.7 Possui sanitário adaptado para pacientes com deficiência anexado ao consultório? (somente para consultório de ginecologia, urologia e proctologia)				
1.8 Alimentos são armazenados ou consumidos apenas em ambiente diverso à(s) sala(s) de atendimento a pacientes?				
1.9 Caso o serviço realize o reprocessamento de artigos médicos, existe controle do processo de esterilização e/ou desinfecção, com indicadores físicos, químicos e/ou biológicos, conforme o caso?				
1.10 Caso exista o reprocessamento de artigos médicos, a área para o preparo de materiais segue fluxo unidirecional?				
1.11 Ainda no caso de haver processamento de artigos, existe pia com bancada exclusiva para realização de todas as etapas de processamento (limpeza, secagem e preparo das embalagens)?				
1.12 Possui armário(s) fechado(s) constituído(s) de material liso, lavável, impermeável e isento(s) de umidade para armazenamento de artigos descartáveis e/ou esterilizados?				

Data: ____/____/____



GOVERNO DO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GERENCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1.13 Os invólucros dos materiais esterilizados estão íntegros e com rótulo contendo a identificação do conteúdo, data e prazo de validade e rubrica do responsável				
1.14 Todas as lixeiras do estabelecimento são identificadas e possuem tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, dotadas de saco apropriado conforme o tipo de resíduo gerado, grupo A (infectante), B (químico) e/ou D (comum)?				
1.15 Descarte de resíduos perfurocortantes (grupo E) em recipiente rígido disponível no próprio local de sua geração e protegido contra umidade?				
1.16 Medicamentos, saneantes e correlatos possuem registro na Anvisa e são mantidos dentro do prazo de validade?				
1.17 O serviço garante ações eficazes e contínuas de controle de vetores e pragas urbanas, com o objetivo de impedir a atração, o abrigo, o acesso e ou proliferação dos mesmos ou, quando necessário, o controle químico é realizado por empresa especializada e licenciada pela Vigilância Sanitária?				
1.18 Possui local específico para o depósito de material de limpeza (DML), com tanque, para lavagem dos panos e utensílios de limpeza?				
1.19 Utiliza os EPI's adequados conforme os riscos das atividades (luvas de borracha, luvas de látex, botas de borracha, máscaras, aventais, gorros, etc..)?				
2. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	S	N	NA	CF
2.1 Estabelecimento possui Responsável Técnico?				
2.2 Possui cadastro e mantém dados atualizados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES?				
2.3 Possui normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas acerca das atividades realizadas no serviço, incluindo o processamento de superfícies e artigos?				
2.4 O serviço preenche prontuários para os pacientes? O guarda em local seguro, em boas condições de conservação e organização, permitindo o seu acesso sempre que necessário?				
2.5 Mantém registro da limpeza da caixa de água semestral realizado por empresa licenciada pela Vigilância Sanitária?				
2.6 Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) se gerador de resíduo infectante OU Declaração de geradores exclusivos de resíduos do Grupo D (comum), atualizado e cadastrado no endereço eletrônico http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br ?				
2.7 Mantém registros de manutenção preventiva e corretiva da edificação/instalações?				
2.8 Mantém registro de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos e instrumentos?				
2.9 Mantém contrato de prestação de serviços vigentes no caso de haver terceirizações de serviços? (lavanderia, recolhimento e destinação de resíduos infectantes, climatização...)?				
2.10 Atividades exercidas no local conferem com as informadas no cartão de CNPJ?				

Legislações: Lei Municipal nº 7.650/2019; Decreto Estadual nº 1846/2018; NBR 9050/2020; RDC/Anvisa nº 222/2018; Portaria GM/MS nº 1646/2015; RDC/Anvisa nº 63/2011; RDC/Anvisa nº 42/2010; RDC/Anvisa nº 59/2010; RDC/Anvisa nº 50/2002.

OBS: 1 – A Autoridade Sanitária Fiscalizadora, no exercício de suas atribuições, poderá exigir outros itens da legislação.

2– Este roteiro poderá ser revisado pela Vigilância Sanitária Municipal, sempre que necessário.

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO SANITÁRIO

DECLARO ESTAR CIENTE DA RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 003/DIVS/SUV/SES, DE 01/12/2021 E DEMAIS NORMAS SANITÁRIAS VIGENTES PARA A ATIVIDADE PRETENDIDA E ME COMPROMETO AO CUMPRIMENTO DAS MESMAS, ASSEGURANDO A QUALIDADE DOS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS OFERECIDOS.

Assinatura do Representante Legal

Data: ____/____/____

Página 2 de 2