

	PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPERANTINA-PI SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DEVISA- DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
	CHECKLIST DE AUTOINSPEÇÃO: CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO.	CÓDIGO C.L.A - 009	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:
NOME DO ESTABELECIMENTO/ FANTASIA:
RAZÃO SOCIAL:
ENDEREÇO:
CIDADE:
BAIRRO:
CEP:
RAMO DE NEGÓCIO:
INSCRIÇÃO DO CNPJ:
RESPONSÁVEL LEGAL:
INSCRIÇÃO ESTADUAL:
TELEFONE:
DATA DA INSPEÇÃO:

Base legal: Lei Federal nº 6.437/1977; Lei Federal nº 8.080/1990; Lei Federal nº 6.360/1976; Lei Federal nº 8.078/1990 (CDC); RDC ANVISA nº 50/2002; RDC ANVISA nº 63/2011; RDC ANVISA nº 15/2012; RDC ANVISA nº 20/2011; RDC ANVISA nº 222/2018; RDC ANVISA nº 330/2019; Portaria SVS/MS nº 344/1998; legislação sanitária estadual vigente; Código de Posturas Municipal.

MOTIVO DA INSPEÇÃO:

- () Autoinsperção para Solicitação de Anuidade de Alvará Sanitário.
- () Programas específicos de Vigilância Sanitária.
- () Atendimento à denúncia.
- () Reinspeção.
- () Comunicação de início de Fabricação/Registro.
- () Renovação de Registro.
- () Outros.

RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE UTILIZAM O CONSULTÓRIO:

Nome	Especialidade	Registro no CRO

Realizam Cirurgias? () Sim, () Não. Se sim,quais modalidades?

	PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPERANTINA-PI SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DEVISA- DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
	CHECKLIST DE AUTOINSPEÇÃO: CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO.	CÓDIGO C.L.A - 009	

INFRAESTRUTURA FÍSICA DO ESTABELECIMENTO/ CONDIÇÕES GERAIS:	SIM	NÃO	N.A
Área física compatível com os serviços ofertados, permitindo adequada instalação dos equipamentos e fluxo seguro de trabalho.			
Paredes, divisórias, pisos, tetos e bancadas revestidos com material liso, impermeável, resistente, lavável, de fácil limpeza e desinfecção, íntegros e livres de rachaduras, trincas, infiltrações e mofo, preferencialmente de cor clara.			
Instalações elétricas e hidráulicas íntegras, embutidas ou protegidas por canaletas.			
Iluminação artificial e/ou natural suficiente para garantir adequada visibilidade do campo de trabalho.			
Ventilação natural e/ou mecânica que assegure renovação e circulação de ar.			
Lavatório exclusivo para higienização das mãos na área de atendimento, dotado de água corrente.			
Sanitário exclusivo do serviço, quando existente, provido de sabonete líquido, papel toalha descartável e lixeira com tampa acionada sem contato manual.			
CONDIÇÕES DOS EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS:	SIM	NÃO	N.A
Equipamentos e acessórios em bom estado de conservação, funcionamento adequado, livres de ferrugem e sujidades, com regularização junto à ANVISA quando aplicável.			
Mocho, refletor, cadeira odontológica e demais equipamentos assistenciais íntegros, limpos e em condições seguras de uso.			
Equipo odontológico dotado de seringa triplice, sistema de alta e baixa rotação, com pontas providas de sistema antirrefluxo.			
Sistema de sucção conectado à bomba a vácuo, com uso de pontas descartáveis.			
Compressor de ar instalado em local que permita captação de ar externo.			
Quando não isento de óleo, utilização de filtros adequados, com manutenção e troca conforme recomendações do fabricante.			
Mobiliário de apoio organizado de forma a permitir circulação segura e prevenir acidentes.			
Disponibilização e uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) compatíveis com as atividades desenvolvidas.			
Equipamentos, móveis e utensílios em desuso removidos da área assistencial.			
ROTINAS E PROCESSAMENTO DE ARTIGOS E EQUIPAMENTOS:	SIM	NÃO	N.A
Limpeza e desinfecção rotineira de bancadas, paredes e pisos com produtos saneantes regularizados.			
Limpeza prévia de todos os artigos odontológicos antes da desinfecção ou esterilização.			
Imersão dos artigos em solução detergente neutra ou enzimática, conforme orientação do fabricante, em recipiente fechado.			
Limpeza e desinfecção das moldagens antes do vazamento em gesso e envio ao laboratório de prótese.			
ESTERILIZAÇÃO: (RDC ANVISA nº 15/2012)	SIM	NÃO	N.A
Esterilização de artigos críticos e semicríticos utilizados na assistência.			
Utilização de autoclave em condições adequadas de funcionamento.			
Artigos devidamente embalados com material regularizado para esterilização.			
Armazenamento do material esterilizado em local limpo, seco, protegido e identificado.			
Realização e registro de monitoramento do processo de esterilização (testes físicos, químicos e biológicos).			
Quando terceirizada a esterilização:			
Contrato formal com empresa prestadora do serviço;			
Empresa com Alvará Sanitário vigente.			
MATERIAIS DE CONSUMO ODONTOLÓGICO:	SIM	NÃO	N.A
Materiais, medicamentos e produtos com registro na ANVISA.			
Controle de validade, armazenamento adequado e rastreabilidade dos produtos.			
DOCUMENTAÇÃO SANITÁRIA:	SIM	NÃO	N.A
Alvará Sanitário vigente.			

	PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPERANTINA-PI SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DEVISA- DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA		
	CHECKLIST DE AUTOINSPEÇÃO: CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO.	CÓDIGO C.L.A - 009	

Responsável Técnico legalmente habilitado.			
Comprovantes de vacinação dos profissionais (tétano, difteria, hepatite B).			
Programa de controle de vetores e pragas urbanas implantado.			
Controle químico realizado por empresa licenciada, quando aplicável.			
Registros de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos.			
Registros de limpeza e manutenção dos aparelhos de ar-condicionado.			
CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS:	SIM	NÃO	N.A
Capacitação inicial e periódica dos profissionais, compatível com as atividades desenvolvidas, com registros disponíveis.			
RECEITUÁRIOS E MEDICAMENTOS:	SIM	NÃO	N.A
Prescrição de medicamentos sujeitos a controle especial conforme Portaria SVS/MS nº 344/1998.			
Prescrição de antimicrobianos conforme RDC ANVISA nº 20/2011.			
Medicamentos armazenados adequadamente, protegidos de luz, calor e umidade.			
Produtos termolábeis armazenados em refrigerador exclusivo, com controle e registro de temperatura.			
REGISTROS DE ATENDIMENTO AO PACIENTE:	SIM	NÃO	N.A
Prontuários preenchidos de forma legível, assinados e carimbados ou registrados em meio eletrônico.			
Garantia de confidencialidade, integridade e guarda segura dos registros.			
Notificação de eventos adversos e queixas técnicas nos sistemas oficiais da ANVISA.			
RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA: (quando aplicável)	SIM	NÃO	N.A
Atendimento às exigências da RDC ANVISA nº 330/2019.			
Equipamento de RX com identificação, nota fiscal e/ou certificado de calibração.			
GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS (RDC ANVISA nº 222/2018):	SIM	NÃO	N.A
PGRSS implantado e atualizado.			
Segregação, acondicionamento e identificação correta dos resíduos.			
Descarte de perfurocortantes em recipientes rígidos, identificados e com suporte.			
Resíduos de amálgama acondicionados em recipiente com selo d'água e encaminhados para recuperação.			
Equipamento de RX com identificação, nota fiscal e/ou certificado de calibração.			

Caso seja necessário fazer uma reunião ou treinamento, qual o melhor dia da semana e horário para que sua equipe possa participar?	
Obs.: Caso tenha sugestões, críticas ou reclamações relacionadas à Vigilância Sanitária utilize o verso desta página para registrá-las.	

Sim (S): Atende ao item avaliado.

Não (N): Não atende ao item avaliado.

Não se Aplica (NA): O item não se aplica à realidade do estabelecimento avaliado.

Data do preenchimento do Roteiro de Auto Inspeção: ____ / ____ / ____.

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente de que todas as informações prestadas neste Checklist/Roteiro de Autoinspeção representam a fiel expressão da verdade.

Declaro, ainda, estar ciente de que o fornecimento de informações falsas, inexatas ou a omissão de dados relevantes configura infração sanitária, nos termos da Lei Federal nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, da Lei Municipal nº 845/1993, bem como do Código de Posturas do Município de Esperantina, sujeitando o responsável às sanções administrativas cabíveis, sem prejuízo das demais penalidades previstas na legislação vigente.

Por ser verdade, firmo a presente declaração.

ASSINATURA RESPONSÁVEL