

|                                                                                  |                                                                                                                                              |                              |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPERANTINA-PI</b><br><b>SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b><br><b>DEVISA- DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b> |                              |  |
|                                                                                  | <b>CHECKLIST DE AUTOINSPEÇÃO EM CLÍNICA MÉDICA</b>                                                                                           | <b>CÓDIGO</b><br>C.L.A - 008 |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                 |           |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------|-----|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                 |           |     |
| NOME DO ESTABELECIMENTO/ FANTASIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                 |           |     |
| RAZÃO SOCIAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 |           |     |
| ENDEREÇO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |           |     |
| CIDADE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | BAIRRO:                                                         | CEP:      |     |
| RAMO DE NEGÓCIO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                 |           |     |
| INSCRIÇÃO DO CNPJ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                 |           |     |
| RESPONSÁVEL LEGAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                 |           |     |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                 | TELEFONE: |     |
| DATA DA INSPEÇÃO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                 |           |     |
| <b>Base legal:</b> 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 63/2011; RDC ANVISA nº 50/2002; RDC ANVISA nº 15/2012; RDC ANVISA nº 42/2010; RDC ANVISA nº 222/2018; Portaria SVS/MS nº 344/1998; Portaria GM/MS nº 888/2021; Legislação Sanitária Estadual Vigente; Código De Posturas Municipal. |                                                                 |           |     |
| <b>MOTIVO DA INSPEÇÃO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                 |           |     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Autoinsperção para Solicitação de Anuidade de Alvará Sanitário. |           |     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Programas específicos de Vigilância Sanitária.                  |           |     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Atendimento à denúncia.                                         |           |     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Reinspeção.                                                     |           |     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Comunicação de início de Fabricação/Registro.                   |           |     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Renovação de Registro.                                          |           |     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Outros.                                                         |           |     |
| <b>CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                 |           |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SIM                                                             | NÃO       | N.A |
| Possui infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos e materiais compatíveis com a demanda e os serviços prestados?                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                 |           |     |
| Dimensionamento adequado de profissionais conforme atividades realizadas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |           |     |
| Escalas de trabalho atualizadas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                 |           |     |
| Contratos de serviços terceirizados formalizados (quando aplicável)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                 |           |     |
| <b>SERVIÇOS PRESTADOS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SIM                                                             | NÃO       | N.A |
| Consulta médica ambulatorial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 |           |     |
| Procedimentos ambulatoriais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                 |           |     |
| Diagnóstico por imagem sem radiação ionizante (ultrassonografia, similares)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                 |           |     |
| Diagnóstico por imagem com radiação ionizante (quando aplicável)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                 |           |     |
| Diagnóstico por registro gráfico (ECG, EEG, holter, MAPA)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |           |     |
| Endoscopia (ROI específico)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                 |           |     |
| Serviço móvel de atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                 |           |     |
| Outros serviços (especificar)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 |           |     |
| <b>PRONTUÁRIO DO PACIENTE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SIM                                                             | NÃO       | N.A |



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPERANTINA-PI**  
**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DEVISA- DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**



**CHECKLIST DE AUTOINSPEÇÃO EM**  
**CLÍNICA MÉDICA**

**CÓDIGO**

C.L.A - 008

|                                                                                             |            |            |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| Prontuários organizados, completos e legíveis?                                              |            |            |            |
| Identificação do paciente em todas as folhas?                                               |            |            |            |
| Assinatura e carimbo do profissional responsável?                                           |            |            |            |
| Garantia de confidencialidade e integridade das informações?                                |            |            |            |
| Local seguro e adequado para guarda dos prontuários físicos?                                |            |            |            |
| Política de guarda e tempo de arquivamento definida?                                        |            |            |            |
| <b>GESTÃO DA INFRAESTRUTURA:</b>                                                            | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N.A</b> |
| Ambientes externos e internos limpos, organizados e conservados?                            |            |            |            |
| Piso, paredes, teto e mobiliários íntegros, lisos, laváveis e impermeáveis?                 |            |            |            |
| Iluminação e ventilação adequadas às atividades?                                            |            |            |            |
| Sanitários em número suficiente para pacientes e funcionários?                              |            |            |            |
| Sanitário anexo em consultórios de ginecologia, proctologia e urologia?                     |            |            |            |
| Lavatório exclusivo para higienização das mãos nas áreas assistenciais?                     |            |            |            |
| Lavatórios com sabonete líquido, papel toalha e lixeira com acionamento sem contato manual? |            |            |            |
| Disponibiliza preparação alcoólica a 70% para profissionais e pacientes?                    |            |            |            |
| <b>AMBIENTES DE APOIO:</b>                                                                  | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N.A</b> |
| Sala de espera adequada e organizada?                                                       |            |            |            |
| Área de recepção/registro de pacientes?                                                     |            |            |            |
| Depósito de material de limpeza com tanque?                                                 |            |            |            |
| Sala de utilidades (expurgo) com pia adequada?                                              |            |            |            |
| Depósito exclusivo para materiais e equipamentos?                                           |            |            |            |
| <b>GESTÃO DE TECNOLOGIA E PROCESSOS:</b>                                                    | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N.A</b> |
| POPs elaborados, atualizados e disponíveis?                                                 |            |            |            |
| Equipamentos em bom estado de conservação?                                                  |            |            |            |
| Registros de manutenção preventiva e corretiva?                                             |            |            |            |
| Plano de Gerenciamento de Tecnologias em Saúde (quando aplicável)?                          |            |            |            |
| Sistema de energia elétrica de emergência (quando necessário)?                              |            |            |            |
| PMOC do sistema de climatização com ART (acima de 60.000 BTU/h)?                            |            |            |            |
| Registro de limpeza e manutenção de aparelhos de ar-condicionado (abaixo de 60.000 BTU/h)?  |            |            |            |
| Controle e registro de temperatura de refrigeradores (2 a 8 °C)?                            |            |            |            |
| Armazenamento seguro de medicamentos sujeitos a controle especial?                          |            |            |            |
| Fluxo definido para remoção e encaminhamento de pacientes?                                  |            |            |            |
| Registros de capacitação periódica dos profissionais?                                       |            |            |            |
| <b>PROTEÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR:</b>                                                     | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N.A</b> |
| Profissionais com esquema vacinal atualizado (hepatite B, tétano, difteria, outros)?        |            |            |            |
| Fornecimento e uso adequado de EPIs?                                                        |            |            |            |
| Orientações sobre riscos ocupacionais e biossegurança?                                      |            |            |            |
| <b>PROCESSAMENTO DE PRODUTOS PARA SAÚDE / ESTERILIZAÇÃO:</b>                                | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N.A</b> |
| Área específica para limpeza de instrumentais?                                              |            |            |            |
| Fluxo unidirecional da área suja para área limpa?                                           |            |            |            |
| Uso de produtos saneantes adequados?                                                        |            |            |            |
| Embalagens para esterilização regularizadas na ANVISA?                                      |            |            |            |
| Identificação correta dos materiais esterilizados?                                          |            |            |            |

|                                                                                  |                                                                                                                                              |                              |                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPERANTINA-PI</b><br><b>SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b><br><b>DEVISA- DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA</b> |                              |  |
|                                                                                  | <b>CHECKLIST DE AUTOINSPEÇÃO EM CLINICA MÉDICA</b>                                                                                           | <b>CÓDIGO</b><br>C.L.A - 008 |                                                                                     |

|                                                                                                            |            |            |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| Armazenamento adequado dos produtos esterilizados?                                                         |            |            |            |
| Monitoramento do processo de esterilização (testes físicos, químicos e biológicos)?                        |            |            |            |
| <b>GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (RSS):</b>                                               | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N.A</b> |
| PGRSS implantado e atualizado?                                                                             |            |            |            |
| Segregação correta dos resíduos por grupo?                                                                 |            |            |            |
| Recipientes resistentes, identificados e com tampa sem contato manual?                                     |            |            |            |
| Uso correto de sacos conforme NBR 7500?                                                                    |            |            |            |
| Descarte adequado de perfurocortantes?                                                                     |            |            |            |
| Armazenamento temporário adequado?                                                                         |            |            |            |
| Abrigo externo de resíduos conforme normas?                                                                |            |            |            |
| Contrato com empresa licenciada para coleta e destinação final?                                            |            |            |            |
| <b>DOCUMENTAÇÃO E REGISTROS:</b>                                                                           | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N.A</b> |
| Projeto arquitetônico aprovado pela Vigilância Sanitária?                                                  |            |            |            |
| Alvará sanitário vigente?                                                                                  |            |            |            |
| CNES atualizado?                                                                                           |            |            |            |
| Certidão de responsabilidade técnica?                                                                      |            |            |            |
| Certificados de desinsetização/desratização vigentes?                                                      |            |            |            |
| Certificado de limpeza e desinfecção de reservatórios de água?                                             |            |            |            |
| Contratos de serviços terceirizados?                                                                       |            |            |            |
| Procedimentos para notificação de eventos adversos, queixas técnicas e doenças de notificação compulsória? |            |            |            |

|                                                                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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**