**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO ROTEIRO DE AUTO-INSPEÇÃO**

1. O preenchimento deste Roteiro de Auto-inspeção é item OBRIGATÓRIO na requisição de alvará sanitário junto à unidade do Pró-cidadão, seja para fins de concessão ou revalidação do documento.
2. Deve preencher este Roteiro o responsável pelo estabelecimento e/ou trabalhador que realize atividade no local, que conheça suas rotinas e tenha ciência do que tratam os itens assinalados.
3. Para cada item enumerado no roteiro, poderão ser marcadas as opções “S” (Sim), “N” (Não) ou “NA” (Não se aplica à atividade desenvolvida). O item “CF” (Conformidade) NÃO deverá ser assinalado pelo requerente, podendo ser preenchido pela autoridade sanitária no momento da inspeção.
4. O Roteiro deve ser preenchido com CANETA esferográfica preta ou azul, sendo que é obrigatório o preenchimento de TODOS os itens para que este seja válido.
5. Os DOCUMENTOS assinalados no Roteiro com a opção “SIM” devem estar disponíveis no estabelecimento para a conferência e análise da autoridade de saúde sempre que necessário.
6. Terminado o preenchimento do Roteiro, é obrigatória a ASSINATURA do requerente no campo “Assinatura do proprietário e/ou responsável”, que consta no final deste documento.
7. O requerente deve estar ciente de que as informações aqui prestadas por ele são presumidas como verdadeiras e que o preenchimento deste roteiro com informações falsas constitui infração sanitária, estando sujeito às sanções cabíveis.
8. Os estabelecimentos e seus responsáveis estarão sujeitos às penalidades previstas na Lei Complementar nº 239/2006, sem prejuízo das demais sanções previstas na Legislação Estadual e Federal vigentes, quando constatado o preenchimento do Roteiro de Auto-Inspeção com informações NÃO condizentes com a realidade verificada pela autoridade de saúde nas inspeções sanitárias presenciais efetuadas (artigo 6º, Decreto Municipal 13025 de 29 de abril de 2014).
9. A constatação de infração sanitária pela autoridade de saúde, apontada falsamente como "em conformidade" no Roteiro de Auto-Inspeção apresentado no processo, caracteriza a circunstância agravante constante no art. 128, VI, da Lei Complementar nº 239/2006, salvo prova em contrário (Parágrafo Único do artigo 6º, Decreto Municipal 13025 de 29 de abril de 2014).

**ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO**

**CÓD.: 8712-3/00 - ATIVIDADES DE FORNECIMENTO DE INFRAESTRUTURA DE APOIO E ASSISTÊNCIA A PACIENTE NO DOMICÍLIO**

**Processo/Ano N° \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Estabelecimento: | | |
| Proprietário/Responsável Técnico: | | |
| CNPJ/CPF: | | |
| Nº. Total de Trabalhadores no estabelecimento: ­­ | Número de Homens: | Número de Mulheres: |

**Legenda:**

S – Sim;

N – Não;

NA – Não se aplica à atividade desenvolvida;

CF – Conformidade (a ser preenchido pelo fiscal no momento da inspeção).

**DEFINIÇÃO:** Define-se base operacional como fornecimento de infraestrutura de apoio as operações realizadas pelos veículos que prestam assistência ao paciente (Portaria GM/MS 2048/2002).

**Natureza do serviço:**

( ) Público ( ) Privado ( ) Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS** | **S** | **N** | **NA** | **CF** |  |
| * 1. Tipos de veículos:   ( ) UTI móvel/**tipo D**;  ( ) Atendimento a urgência, exceto UTI móvel/**tipo B**;  ( ) Serviço de remoção de pacientes, exceto atendimento a urgência/**tipo A**; |  |  |  |  | **Cap. IV Portaria GM/MS 2048/02** |
| * 1. O serviço está vinculado a uma Central de Regulação?   2. Pública ( )   3. Privada ( ) Qual o nome da empresa privada? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  | **Cap. IV Portaria GM/MS 2048/02** |
| * 1. A Central de regulação possui ligação com a rede hospitalar? |  |  |  |  | **Cap. IV Portaria GM/MS 2048/02** |
| * 1. Os veículos possuem recursos humanos, equipamentos, material técnico e medicamentos de acordo com a demanda? |  |  |  |  | **Art. 17 RDC 063/11 ANVISA c/c Cap. IV, item 5, subitem 5.4 Portaria GM/MS 2048/02** |
| 1. **ESTRUTURA FÍSICA – BASE OPERACIONAL** | **S** | **N** | **NA** | **CF** |  |
| **Apoio Administrativo** |  |  |  |  |  |
| * 1. Sala Administrativa/Direção/Reuniões? |  |  |  |  | **RDC 50/02 ANVISA c/c Portaria GM/MS 2048/02** |
| * 1. Arquivo médico? |  |  |  |  | **RDC 50/02 ANVISA c/c Portaria GM/MS 2048/02** |
| **Apoio Técnico** |  |  |  |  |  |
| * 1. Farmácia (exclusiva para dispensação interna)? |  |  |  |  | **RDC 50/02 ANVISA c/c Portaria GM/MS 2048/02** |
| * 1. Central de Materiais e Esterilização? |  |  |  |  | **RDC 50/02 ANVISA c/c Portaria GM/MS 2048/02** |
| * 1. Vestiários providos de sanitários, lavatórios e armários para a guarda de pertences e chuveiro? |  |  |  |  | **RDC 50/02 ANVISA c/c Portaria GM/MS 2048/02** |
| * 1. Dormitórios para os plantonistas? Colchões revestidos de material impermeável que permita higienização/desinfecção? |  |  |  |  | **RDC 50/02 ANVISA c/c Portaria GM/MS 2048/02** |
| * 1. Copa/refeitório/área para descanso dos trabalhadores? |  |  |  |  | **RDC 50/02 ANVISA c/c Portaria GM/MS 2048/02** |
| * 1. Depósito de Material de Limpeza (DML)? |  |  |  |  | **RDC 50/02 ANVISA c/c Portaria GM/MS 2048/02** |
| * 1. Sala de utilidades/Expurgo? |  |  |  |  | **RDC 50/02 ANVISA c/c Portaria GM/MS 2048/02** |
| * 1. Abrigo de resíduos? |  |  |  |  | **RDC 222/18 ANVISA c/c Portaria GM/MS 2048/02** |
| **Apoio Logístico** |  |  |  |  |  |
| * 1. Rouparia (Sala de armazenagem de roupa limpa/suja)? |  |  |  |  | **RDC 50/02 ANVISA c/c Portaria GM/MS 2048/02** |
| * 1. Depósito de equipamentos? |  |  |  |  | **RDC 50/02 ANVISA c/c Portaria GM/MS 2048/02** |
| * 1. Almoxarifado? |  |  |  |  | **RDC 50/02 ANVISA c/c Portaria GM/MS 2048/02** |
| * 1. Área coberta para higienização e desinfecção das ambulâncias? |  |  |  |  | **RDC 50/02 ANVISA c/c Portaria GM/MS 2048/02** |
| * 1. Área para guarda de maca e cadeira de rodas? |  |  |  |  | **RDC 50/02 ANVISA c/c Portaria GM/MS 2048/02** |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. **DOCUMENTOS** |  |  |  |  |  |
| **Mantém disponível documentação e registros referentes à:** |  |  |  |  |  |
| * 1. Parecer Técnico de aprovação do Projeto Básico de Arquitetura (PBA) expedido pelo órgão competente? |  |  |  |  | **Art. 7 Portaria SES/DVS 993/2019** |
| * 1. Laudo de verificação de conformidade expedido pelo órgão que aprovou o PBA? |  |  |  |  | **Art. 26 Portaria SES/DVS 993/2019** |
| * 1. Habite-se Sanitário? |  |  |  |  | **Art. 70 LCM 239/06** |
| * 1. Contrato de prestação de serviços das atividades terceirizadas, bem como, cópia de Alvará Sanitário atualizado destas empresas, quando cabível? (lavanderia, esterilização, manutenção, outras)? |  |  |  |  | **Art. 23, V – RDC 063/11 ANVISA** |
| * 1. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES? |  |  |  |  | **Art. 13 – RDC 063/11 ANVISA** |
| * 1. Certidão de Inclusão de Responsabilidade Técnica e certificado de inscrição do profissional junto ao conselho de classe? (área médica e de enfermagem) |  |  |  |  | **Art. 69 – LCM 239/06**  **Art. 14 – RDC 063/11 ANVISA** |
| * 1. Certificado de desinsetização/desratização vigente, emitido por empresa legalmente habilitada e com alvará sanitário? (da base operacional) |  |  |  |  | **Art. 23, VIII – RDC 63/11 ANVISA** |
| * 1. Certificado de limpeza e desinfecção dos reservatórios de água vigente, emitido por empresa legalmente habilitada e com alvará sanitário? (da base operacional) |  |  |  |  | **Art. 39, §1º – RDC 63/11 ANVISA** |
| * 1. Contrato com empresa legalmente habilitada referente à coleta, transporte e destino final dos resíduos de saúde? |  |  |  |  | **Art. 23, V – RDC 63/11 ANVISA** |
| * 1. POPs de higienização diária e terminal dos veículos? |  |  |  |  | **Art. 23 RDC 63/11 ANVISA** |
| * 1. Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (on-line)? |  |  |  |  | **Item 2.1 – Anexo RDC 306/04 ANVISA** |
| * 1. Possui procedimentos estabelecidos para o registro e notificação de eventos adversos e queixas técnicas associadas a produtos e serviços, bem como para doenças de notificação compulsória? |  |  |  |  | **Art. 23, XIV e XVI – RDC 63/11 ANVISA** |
| **PROTOCOLOS DE PREVENÇÃO AO COVID-19** |  |  |  |  |  |
| * 1. Capacitação para a colocação e retirada de EPI’s? |  |  |  |  | **Nota técnica ANVISA n. 04/2020, pág.13** |
| * 1. Notificação ao serviço de saúde, do caso suspeito ou confirmado de infecção pelo SARS-CoV-2, que está sendo encaminhado? |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**OBS:**

1. – Autoridade de Saúde, no exercício de suas atribuições, poderá exigir além dos itens relacionados neste roteiro, outros que se fizerem necessários para garantia da Saúde Pública, bem como que constam em normas aplicáveis ao caso;
2. – Este roteiro poderá ser revisto, sempre que necessário, de acordo com as determinações da Autoridade de Saúde.

**Data do preenchimento do Roteiro de Auto Inspeção: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Declaro estar ciente de que as informações aqui prestadas são expressão da verdade e que o preenchimento deste roteiro com informações falsas constitui infração sanitária, estando sujeito às sanções cabíveis.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome completo do proprietário e/ou responsável:** |  |
| **CPF do proprietário e/ou responsável:** |  |
| **Email e Telefone:** |  |
| **Assinatura do proprietário e/ou responsável:** |  |

A ser preenchido pelo fiscal no momento da(s) vistoria(s):

**Observações:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data vistoria:**  **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** | **Data vistoria:**  **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** | **Data vistoria:**  **\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** |
| **Responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:** | **Responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:** | **Responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:** |
| **Assinatura do responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:** | **Assinatura do responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:** | **Assinatura do responsável pelo estabelecimento no momento da vistoria:** |
| **Fiscais responsáveis pela vistoria:** | **Fiscais responsáveis pela vistoria:** | **Fiscais responsáveis pela vistoria:** |
| **Parecer da fiscalização:** | **Parecer da fiscalização:** | **Parecer da fiscalização:** |