



**PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL**

**SMS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DVS - DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE  
SVS - SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA  
NÚCLEO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Missão da SMS  
"Garantir, na perspectiva da promoção à saúde, a atenção integral à saúde da população baseado nos princípios da acessibilidade, resolutividade, humanização e cidadania".

Natal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

## DECLARAÇÃO

Eu \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_

Responsável Legal pela razão social \_\_\_\_\_,

CNPJ \_\_\_\_\_, situada na \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
nesta cidade, DECLARO atender na integralidade aos itens constantes no ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO referente ao processo administrativo Nº \_\_\_\_/20\_\_\_\_, do estabelecimento acima especificado. DECLARO ainda, que havendo quaisquer discrepâncias entre o declarado e a realidade verificável em possível inspeção sanitária (programada ou aleatória), estarei sujeito às penalidades cabíveis, nas esferas administrativa, civil e/ou criminal, estabelecidas na legislação vigente.

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal

## ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO SANITÁRIA

### Informações Gerais do Estabelecimento

Processo Nº \_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Data da Autoinspeção \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ Data de abertura da empresa: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDADES	SIM	NÃO	NA	ESPECIALIDADES	SIM	NÃO	NA
Clínica geral				Urologia			
Otorrinolaringologia				Ortopedia			
Cardiologia				Hematologia			
Neurologia				Geriatria			
Dermatologia				Ginecologia			
Oftalmologia				Gastroenterologia			
Pediatria				Pneumologia			
Endocrinologia				Plástica			
Psicologia				Fonoaudiologia			
<b>Outros:</b>				<b>Nº de consultórios</b>			
REALIZA EXAMES / PEQUENOS PROCEDIMENTOS							
	SIM	NÃO	NA		SIM	NÃO	NA
Papanicolau				Colposcopia			
Biópsia				Retirada de pontos			
Endoscopia				Litotripsia			
*Ultrassonografia (USG)				*Radiodiagnóstico (Raios-X)			
<b>Outros:</b>							
INFORMAÇÕES GERAIS / ÁREA FÍSICA					SIM	NÃO	NA
Realiza limpeza e desinfecção dos reservatórios de água a cada seis meses							
Realiza desinsetização do estabelecimento a cada seis meses							
Piso, paredes e teto íntegros, passíveis de limpeza e desinfecção							
Instalações elétricas íntegras e em funcionamento							
Todas as áreas são identificadas							
Possui armário com porta / gaveta para guardar medicamentos							
Dispõe de medicamentos termolábeis							
Acondiciona os medicamentos termolábeis em refrigerador EXCLUSIVO							
Realiza o monitoramento e registro diário da temperatura do refrigerador através de termômetro							
Possui controle periódico do prazo de validade dos medicamentos, inclusive, das amostras grátis							
Ventilação que oferece conforto térmico							
Iluminação que permite boa visualização							
Possui lavatório de mãos em todos os ambientes onde há paciente examinado, manipulado, tocado, medicado ou tratado							
Possui dispensador de preparação alcoólica nos consultórios e locais de triagem							
Possui dispensador de sabão líquido e suporte com papel toalha nos ambientes onde há lavatórios de mãos							

