

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Av. Rodrigues Alves, 766 – Tirol, Natal/RN  
Telefone: Núcleo de Serviços de Saúde (84) 3232-6105  
Email: visanatalnss@gmail.com

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO TERMO DE AUTO INSPEÇÃO**

1. O preenchimento desse Termo de Auto-inspeção (TAI) é específico para atividades odontológicas que contenham apenas **01 UM CONSULTÓRIO**, nos processos abertos por meio do CPF do responsável técnico ou pelo CNPJ da empresa. O preenchimento deste TAI e a inserção no Sistema Directa são requisitos **obrigatórios** para a liberação do Alvará Sanitário por análise documental junto à unidade da VISA NATAL, em conformidade com a Resolução da Diretora Colegiada/ ANVISA Nº 418 de 01 de setembro de 2020.
2. O campo "N/A" no Termo de Auto Inspeção refere-se a Não se Aplica à atividade desenvolvida.
3. O TAI não pode conter rasuras, informações em duplicidade e respostas conflitantes.
4. O Responsável Técnico pelo estabelecimento deve preencher e assinar o Termo de Auto Inspeção.
5. O Responsável Legal pelo estabelecimento deve estar ciente do que tratam os itens descritos e sua assinatura é obrigatória.
6. Os DOCUMENTOS exigidos no quadro **“Documentação a ser anexada ao processo”** do TAI devem ser inseridos no processo eletrônico de solicitação de alvará sanitário. O **Anexo I** deve ser preenchido quando o serviço executar procedimentos de implantodontia e o **Anexo II** quando o serviço executar procedimentos de harmonização orofacial.
7. Os DOCUMENTOS exigidos no **Anexo III** do TAI devem estar disponíveis no estabelecimento para a conferência e análise da autoridade sanitária sempre que necessário.
8. O estabelecimento deverá atender às solicitações no prazo estabelecido pelo fiscal que está responsável por avaliar seu processo. O não atendimento tornará o estabelecimento passível de ser direcionado para a inspeção sanitário.
9. O Responsável Legal deve estar ciente de que as informações aqui prestadas por ele são presumidas como verdadeiras e que o preenchimento deste TAI com informações falsas constitui infração sanitária, estando sujeito às sanções cabíveis.

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Av. Rodrigues Alves, 766 – Tirol, Natal/RN  
Telefone: Núcleo de Serviços de Saúde (84) 3232-6105  
Email: visanatalnss@gmail.com

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PARA ESTABELECIMENTOS COM ATIVIDADE  
ODONTOLÓGICA**

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

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

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

\_\_\_\_\_ nesta cidade, DECLARO para fins de liberação de ALVARÁ SANITÁRIO, solicitado sob processo administrativo nº \_\_\_\_\_ atender na integralidade aos itens constantes neste Roteiro de AUTOINSPEÇÃO para a atividade odontológica desenvolvida no estabelecimento e classificada como ALTO RISCO pela Instrução Normativa ANVISA nº 66/20.

Havendo quaisquer discrepâncias entre o declarado e a realidade verificada, em inspeção sanitária, estarei sujeito às penalidades cabíveis, nas esferas administrativa, civil e/ou criminal, estabelecidas na legislação vigente.

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

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Av. Rodrigues Alves, 766 – Tirol, Natal/RN  
Telefone: Núcleo de Serviços de Saúde (84) 3232-6105  
Email: visanatalnss@gmail.com

**TERMO DE AUTOINSPEÇÃO SANITÁRIA PARA SERVIÇOS COM  
ATIVIDADE ODONTOLÓGICA**

| ESPECIALIDADES                                                                                                                                                |     |     |                                                       |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-------------------------------------------------------|-----|-----|
|                                                                                                                                                               | SIM | NÃO |                                                       | SIM | NÃO |
| Dentística                                                                                                                                                    |     |     | Ortopedia funcional dos maxilares                     |     |     |
| Endodontia                                                                                                                                                    |     |     | Implantodontia                                        |     |     |
| Radiologia odontológica e imaginologia                                                                                                                        |     |     | Cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial           |     |     |
| Odontopediatria                                                                                                                                               |     |     | Estomatologia                                         |     |     |
| Periodontia                                                                                                                                                   |     |     |                                                       |     |     |
| Com cirurgia sim ( ) não ( )                                                                                                                                  |     |     | Odontogeriatrics                                      |     |     |
| Prótese dentária                                                                                                                                              |     |     | Odontologia para pacientes com necessidades especiais |     |     |
| Ortodontia                                                                                                                                                    |     |     | Harmonização Orofacial                                |     |     |
| Outros:                                                                                                                                                       |     |     |                                                       |     |     |
| Número de consultórios:                                                                                                                                       |     |     |                                                       |     |     |
| OBS: No caso do serviço possuir a especialidade de <b>implantodontia e/ou Harmonização Orofacial</b> é OBRIGATÓRIO o preenchimento dos <b>ANEXOS I e II</b> . |     |     |                                                       |     |     |

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Av. Rodrigues Alves, 766 – Tirol, Natal/RN  
Telefone: Núcleo de Serviços de Saúde (84) 3232-6105  
Email: visanatalnss@gmail.com

| <b>DOCUMENTAÇÃO A SER ANEXADA NO PROCESSO</b>                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |            |            |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------|------------|------------|
| 1.                                                                                                        | Registro de limpeza e desinfecção dos reservatórios de água (semestrais), realizada por empresa especializada com alvará sanitário municipal atualizado                                                                                                                                                                                |  |  |            |            |            |
| 2.                                                                                                        | Registro das evidências de realização do teste biológico, utilizado para o monitoramento do processo de esterilização da autoclave, do último mês (realizado semanalmente), comprovado através de documento onde conste o nome o modelo e número de série do equipamento, nome do estabelecimento, a assinatura do responsável técnico |  |  |            |            |            |
| 3.                                                                                                        | Comprovante das manutenções preventiva e corretivas realizadas na autoclave e calibração da seladora (anual)                                                                                                                                                                                                                           |  |  |            |            |            |
| 4.                                                                                                        | Contrato com a empresa responsável pela coleta de resíduo biológico e notas fiscais das coletas dos 3 últimos meses                                                                                                                                                                                                                    |  |  |            |            |            |
| <b>Para estabelecimentos que façam uso de equipamentos de diagnóstico por radiação ionizante (raio x)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |            |            |            |
| 5.                                                                                                        | Testes de aceitação e de controle de qualidade do equipamento de raio-x (Testes de Desempenho do Equipamento e Levantamento Radiométrico da Sala de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante)                                                                                                                              |  |  |            |            |            |
| <b>INFORMAÇÕES GERAIS E ESTRUTURA FÍSICA</b>                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N/A</b> |
| 6.                                                                                                        | Piso, paredes e teto íntegros, passíveis de limpeza e desinfecção?                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |            |            |            |
| 7.                                                                                                        | Instalações elétricas e hidráulicas estão íntegras e em funcionamento?                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |            |            |            |
| 8.                                                                                                        | A água do serviço é proveniente da rede de abastecimento público?                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |            |            |            |
| 9.                                                                                                        | Todos os ambientes estão identificados corretamente?                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |            |            |            |
| 10.                                                                                                       | Ventilação que oferece conforto térmico?                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |            |            |            |
| 11.                                                                                                       | Iluminação que permite boa visibilidade?                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |            |            |            |

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Av. Rodrigues Alves, 766 – Tirol, Natal/RN  
Telefone: Núcleo de Serviços de Saúde (84) 3232-6105  
Email: visanatalnss@gmail.com

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 12. | Possui Instalações sanitárias com vasos sanitários e lavatórios em números suficientes, bom estado de conservação e de higienização?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |
| 13. | Lavatório de mãos em todos os ambientes onde há paciente examinado, manipulado, tocado, medicado ou tratado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| 14. | Dispensador de sabão líquido e suporte com papel toalha não reciclado nos ambientes onde há lavatório de mãos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |
| 15. | Ralos com tampa de fechamento do tipo escamoteável?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
| 16. | Coletores de resíduos do serviço possuem tampa, pedal e estão identificados pelo tipo de resíduo descartado?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| 17. | Caixa para descarte dos resíduos perfurocortantes é mantida em suporte exclusivo e em altura que permite a visualização da abertura para descarte?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| 18. | Dispõe de armário com porta/gaveta para guarda exclusiva de material de consumo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
| 19. | O serviço possui objetos de decoração nos ambientes (Ex: brinquedos, porta-retratos, plantas e outros) compostos por materiais passíveis de limpeza e desinfecção?                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| 20. | Equipamentos em bom estado de conservação?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |
| 21. | Existe ambiente exclusivo para Depósito de Material de Limpeza (DML) com tanque, local para guarda de materiais e suporte para vassouras e utensílios?<br><br>OBS: Nos consultórios odontológicos individuais instalados em edificações de uso coletivo, como edifícios comerciais, o DML pode ser substituído por um carrinho de limpeza, desde que a edificação possua área específica onde seja realizada a rotina de higienização dos carrinhos e dos materiais utilizados. |  |  |  |

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Av. Rodrigues Alves, 766 – Tirol, Natal/RN  
Telefone: Núcleo de Serviços de Saúde (84) 3232-6105  
Email: visanatalnss@gmail.com

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |            |            |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| 22.                          | Local para armazenamento dos resíduos (lixo) comum e infectante, em ambiente exclusivo e segregado, com acesso externo facilitado à coleta, coberto, revestido com material liso e lavável, com ponto de água, porta protegida com tela milimetrada e ralo com tampa de fechamento escamoteável, de acordo com a legislação vigente? |            |            |            |
| <b>PROCESSOS DE TRABALHO</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N/A</b> |
| 23.                          | Profissionais que atuam no processamento de artigos (limpeza, desinfecção e esterilização) são capacitados?                                                                                                                                                                                                                          |            |            |            |
| 24.                          | Possui estratégias e ações voltadas para a Segurança do Paciente, como procedimentos escritos de orientações para higiene das mãos?                                                                                                                                                                                                  |            |            |            |
| 25.                          | O serviço realiza o controle periódico do prazo de validade dos materiais de consumo e medicamentos, inclusive das amostras grátis?                                                                                                                                                                                                  |            |            |            |
| 26.                          | Utiliza apenas produtos e medicamentos regularizados no órgão de vigilância sanitária Nacional (ANVISA)?                                                                                                                                                                                                                             |            |            |            |
| 27.                          | Realiza a manutenção dos equipamentos conforme as recomendações do fabricante e arquiva os documentos de comprovação?                                                                                                                                                                                                                |            |            |            |
| 28.                          | O processamento de produtos para saúde seguem um fluxo direcionado sempre da área suja para a área limpa?                                                                                                                                                                                                                            |            |            |            |
| 29.                          | As almotolias são mantidas com tampa e identificação contendo o nome da solução, data do abastecimento e data da próxima troca da solução, com a realização prévia da limpeza e desinfecção?                                                                                                                                         |            |            |            |
| 30.                          | Utiliza Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) de acordo com a atividade realizada (avental descartável, máscara N95, máscara cirúrgica, luvas, protetor facial)?                                                                                                                                                               |            |            |            |
| 31.                          | Resíduo infectante é acondicionado em saco branco leitoso identificado pelo símbolo de risco biológico acrescido da expressão RESÍDUO INFECTANTE                                                                                                                                                                                     |            |            |            |

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Av. Rodrigues Alves, 766 – Tirol, Natal/RN  
Telefone: Núcleo de Serviços de Saúde (84) 3232-6105  
Email: visanatalnss@gmail.com

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 32. | Mantém todos os instrumentais esterilizados na embalagem fechada até o momento do uso no paciente?                                                                                                                                                                |  |  |  |
| 33. | O serviço faz uso de medicamentos e materiais de consumo termolábeis?                                                                                                                                                                                             |  |  |  |
|     | Armazena os medicamentos e materiais de consumo termolábeis em refrigerador <b>EXCLUSIVO</b> ?                                                                                                                                                                    |  |  |  |
|     | Quando indicado pelo fabricante, registra diariamente a temperatura do refrigerador por meio de equipamento termohigrômetro com calibração atualizada?                                                                                                            |  |  |  |
| 34. | Possui canetas de alta e baixa rotação, autoclavadas após o uso entre um paciente e outro, compatíveis com o número de pacientes agendados, para serem usadas com a garantia do processo de esterilização, proporcionando a segurança para o paciente?            |  |  |  |
| 35. | Possui brocas, pontas ultrassônicas e limas endodônticas autoclavadas em embalagens individualizadas, compatíveis com o número de pacientes agendados, para serem usadas com a garantia do processo de esterilização, proporcionando a segurança para o paciente? |  |  |  |
| 36. | Realiza a desinfecção da cadeira odontológica, equipo e cuspeira entre um paciente e outro?                                                                                                                                                                       |  |  |  |
| 37. | As mangueiras do equipamento passam por processo de limpeza e desinfecção antes do início das atividades diárias?                                                                                                                                                 |  |  |  |
| 38. | Caso faça uso de amalgamador, o mesmo é exclusivamente em cápsula?<br><br>Acondicionamento dos resíduos de amálgama em recipiente inquebrável, de paredes rígidas, contendo água suficiente para cobri-los?<br><br>Sim ( )<br>Não ( )                             |  |  |  |
| 39. | O processo de limpeza dos ambientes é realizado com o uso de                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Av. Rodrigues Alves, 766 – Tirol, Natal/RN  
Telefone: Núcleo de Serviços de Saúde (84) 3232-6105  
Email: visanatalnss@gmail.com

|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                         |            |            |            |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
|                                                                                 | saneantes em conformidade com as orientações do fabricante e regularizados na ANVISA?                                                                                                                                   |            |            |            |
| <b>CENTRO DE MATERIAL ESTERILIZADO (Processamento de produtos para a saúde)</b> |                                                                                                                                                                                                                         | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N/A</b> |
| 40.                                                                             | A esterilização é realizada na própria clínica?<br>*Caso não seja realizada na própria clínica, deverá ser anexado o contrato com a empresa processadora responsável pelo processamento e o alvará sanitário da empresa |            |            |            |
| 41.                                                                             | Realiza a esterilização de bandejas individuais para procedimentos clínicos, posicionadores radiográficos e moldeiras?                                                                                                  |            |            |            |
| 42.                                                                             | Realiza a desinfecção do prendedor do babador (jacaré) a cada paciente?                                                                                                                                                 |            |            |            |
| 43.                                                                             | A limpeza dos artigos clínicos é realizada somente com detergentes (enzimático ou neutro hospitalar) regulamentados na ANVISA para uso médico-hospitalar, seguindo rigorosamente as determinações do fabricante?        |            |            |            |
| 44.                                                                             | Utiliza escovas apropriadas, de uso médico-hospitalar, para o processo de limpeza de artigos clínicos?                                                                                                                  |            |            |            |
| 45.                                                                             | Realiza a secagem dos instrumentais em ambiente limpo e apropriado para este fim com toalhas descartáveis que não liberam partículas?                                                                                   |            |            |            |
| 46.                                                                             | A inspeção visual dos artigos é realizada com uso de lupa, identificando resíduo de substância orgânica e descartando aqueles que estão com a integridade comprometida (oxidação, danificados)?                         |            |            |            |
| 47.                                                                             | O empacotamento dos instrumentais clínicos é realizado em área limpa com embalagens apropriadas para esta finalidade, não reaproveitadas e armazena os materiais estéreis em local exclusivo e que promova              |            |            |            |

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Av. Rodrigues Alves, 766 – Tirol, Natal/RN  
Telefone: Núcleo de Serviços de Saúde (84) 3232-6105  
Email: visanatalnss@gmail.com

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|     | segurança de forma a não comprometer a integridade da embalagem?                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
| 48. | Em caso de embalagem que necessite de selagem, a seladora utilizada é específica para artigos médico-hospitalares e utiliza conforme recomendação do fabricante?                                                                                                 |  |  |  |
| 49. | Quando necessário, utiliza apenas caixas metálicas perfuradas para o processo de esterilização em conjunto com embalagens com especificação do fabricante para esse fim?                                                                                         |  |  |  |
| 50. | Identifica todas as embalagens em local que não comprometa a esterilização com as seguintes informações: data de esterilização e data de validade?                                                                                                               |  |  |  |
| 51. | Utiliza autoclave com registro na ANVISA para o processo de esterilização, seguindo rigorosamente as recomendações do fabricante?                                                                                                                                |  |  |  |
| 52. | Realiza o monitoramento do processo de esterilização por meio de indicador biológico, com periodicidade semanal e registra em impresso onde conste o modelo e número de série do equipamento, os dados do estabelecimento e a assinatura do responsável técnico? |  |  |  |
| 53. | Mantém todos os instrumentais esterilizados na embalagem fechada até o momento do uso no paciente, inclusive canetas e brocas?                                                                                                                                   |  |  |  |
| 54. | Realiza a limpeza e desinfecção de pias e bancadas ao final do processamento dos artigos clínicos?                                                                                                                                                               |  |  |  |
| 55. | Existe um local ou área identificada para segregação de materiais vencidos?                                                                                                                                                                                      |  |  |  |

**Observação:** O cumprimento das Normas Sanitárias não se restringe apenas aos itens elencados neste Termo de Autoinspeção, devendo o estabelecimento atender a todas as normas sanitárias vigentes e suas atualizações.

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Av. Rodrigues Alves, 766 – Tirol, Natal/RN  
Telefone: Núcleo de Serviços de Saúde (84) 3232-6105  
Email: visanatalnss@gmail.com

**ANEXO I**

**Este anexo é exclusivo para os serviços de implantodontia.**

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

|                                        | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N/A</b> |                                            | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N/A</b> |
|----------------------------------------|------------|------------|------------|--------------------------------------------|------------|------------|------------|
| Implante unitário                      |            |            |            | Cirurgias de levantamento de seio          |            |            |            |
| Implantes múltiplos em perdas parciais |            |            |            | Cirurgias de enxerto em bloco              |            |            |            |
| Implantes em perdas totais             |            |            |            | Cirurgias de enxerto ósseo em grande porte |            |            |            |
| Utilização de enxerto com PRF ou PRP   |            |            |            | Cirurgia virtual guiada                    |            |            |            |

Outros:

| <b>INFORMAÇÕES GERAIS</b>                                                                                                                         | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N/A</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|------------|
| 1. Utilização de protocolo, baseado em evidências científicas válidas atuais, para o pré-operatório, para a cirurgia e para o pós-operatório?     |            |            |            |
| 2. Realização da esterilização e armazenamento correto do contra-ângulo para implante e de todos os instrumentais necessários durante a cirurgia? |            |            |            |
| 3. Realiza o registro no prontuário do paciente para garantir a rastreabilidade do implante?                                                      |            |            |            |
| 4. Disponibiliza ao paciente informações e registros necessários à                                                                                |            |            |            |

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Av. Rodrigues Alves, 766 – Tirol, Natal/RN  
Telefone: Núcleo de Serviços de Saúde (84) 3232-6105  
Email: visanatalnss@gmail.com

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| rastreabilidade do implante?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |
| <p>5. Para a realização dos procedimentos, utiliza instrumentais com conformação complexa (instrumentais que possuem lúmen inferior a cinco milímetros ou com fundo cego, espaços internos inacessíveis para a fricção direta, reentrâncias ou válvulas)?</p> <p>Caso faça uso de instrumentais com conformação complexa, especifique o local onde realiza o processamento, devendo ser anexado o contrato com a empresa processadora responsável pelo processamento e o alvará sanitário da empresa</p> <p>Local: _____</p> |  |  |  |
| 6. Utilização do campo cirúrgico descartável ou autoclavado nos procedimentos cirúrgicos?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |
| 7. Protocolo para condutas de primeiros socorros ao paciente?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |  |
| 8. Profissional habilitado, insumos, medicamentos e equipamentos necessários às situações de urgência e emergência, no uso de anestesia venosa?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
| 9. Utilização de sistema fechado, mantendo a técnica asséptica desde a coleta do sangue até o uso final no paciente, nos enxertos com Plasma Rico em Fibrina (PRF) ou Plasma Rico em Plaquetas (PRP)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Av. Rodrigues Alves, 766 – Tirol, Natal/RN  
Telefone: Núcleo de Serviços de Saúde (84) 3232-6105  
Email: visanatalnss@gmail.com

**ANEXO II**

**Este anexo é exclusivo para os serviços que realizam harmonização orofacial.**

| PROCEDIMENTOS REALIZADOS                                                                                                                                                                                                                               |     |     |     |                                                |            |            |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|------------------------------------------------|------------|------------|------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                        | SIM | NÃO | N/A |                                                | SIM        | NÃO        | N/A        |
| Toxina botulínica                                                                                                                                                                                                                                      |     |     |     | Laseterapia                                    |            |            |            |
| Preenchedores faciais                                                                                                                                                                                                                                  |     |     |     | Biofotônicos                                   |            |            |            |
| Agregados leucoplaquetários autólogos                                                                                                                                                                                                                  |     |     |     | Biomateriais indutores percutâneos de colágeno |            |            |            |
| Intradermoterapia                                                                                                                                                                                                                                      |     |     |     | Lipoplastia facial                             |            |            |            |
| Técnica cirúrgica de remoção do corpo adiposo de Bichat (técnica de Bichectomia)                                                                                                                                                                       |     |     |     | Correção dos lábios (liplifting)               |            |            |            |
| Outros:                                                                                                                                                                                                                                                |     |     |     |                                                |            |            |            |
| <b>INFORMAÇÕES GERAIS</b>                                                                                                                                                                                                                              |     |     |     |                                                | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>N/A</b> |
| 1. Utilização de protocolo, baseado em evidências científicas válidas atuais, para o pré-operatório, para a cirurgia e para o pós-operatório?                                                                                                          |     |     |     |                                                |            |            |            |
| 2. Para a realização dos procedimentos, utiliza instrumentais com conformação complexa (instrumentais que possuem lúmem inferior a cinco milímetros ou com fundo cego, espaços internos inacessíveis para a fricção direta, reentrâncias ou válvulas)? |     |     |     |                                                |            |            |            |
| Caso faça uso de instrumentais com conformação complexa,                                                                                                                                                                                               |     |     |     |                                                |            |            |            |

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Av. Rodrigues Alves, 766 – Tirol, Natal/RN  
Telefone: Núcleo de Serviços de Saúde (84) 3232-6105  
Email: visanatalnss@gmail.com

|                                                                                                                                                                            |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| especifique o local onde realiza o processamento, devendo ser anexado o contrato com a empresa processadora responsável pelo processamento e o alvará sanitário da empresa |  |  |  |
| 3. Local: _____                                                                                                                                                            |  |  |  |
| 4. Utilização do campo cirúrgico descartável ou autoclavado nos procedimentos cirúrgicos?                                                                                  |  |  |  |
| 5. Protocolo para condutas de primeiros socorros ao paciente?                                                                                                              |  |  |  |
| 6. Profissional habilitado, insumos, medicamentos e equipamentos necessários às situações de urgência e emergência, no uso de anestesia venosa?                            |  |  |  |

**ANEXO III**

**DOCUMENTAÇÃO A SER APRESENTADA DURANTE A INSPEÇÃO DE MONITORAMENTO DO SERVIÇO**

| <b>DOCUMENTOS</b>                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Rotinas escritas das boas práticas relacionadas à limpeza dos ambientes da clínica.                                                                                                                 |
| 2. Registro das manutenções corretivas e preventivas de todos os equipamentos (cadeira, equipo, compressor e outros).                                                                                  |
| 3. Protocolos Operacionais Padrão (POP) dos procedimentos relacionados a biossegurança (uso dos equipamentos de proteção individual, higienização dos brinquedos, do equipo, da cuspeira e da cadeira) |
| 4. Cartões de vacinação dos funcionários atualizados                                                                                                                                                   |
| 5. Programa Integrado de Controle de Pragas                                                                                                                                                            |

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**SECRETARIA ADJUNTA DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
**SETOR DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Av. Rodrigues Alves, 766 – Tirol, Natal/RN  
Telefone: Núcleo de Serviços de Saúde (84) 3232-6105  
Email: visanatalnss@gmail.com

6. Programa de imunização dos funcionários

7. Comprovantes de limpeza e manutenção dos equipamentos de ar condicionado

8. Atestados de Saúde Ocupacional atualizados dos funcionários

9. Protocolos Operacionais Padrão (POP) para as etapas do processamento dos produtos para a saúde: processo de limpeza, secagem, inspeção, preparo, esterilização, acondicionamento, monitoramento do processo de esterilização, limpeza do equipamento de esterilização, limpeza e desinfecção de pias e bancadas

10. Protocolo com medidas que garantam que todos os usuários recebem suporte imediato a vida quando necessário (urgência e emergência)

**Assinaturas:**

**Responsável Técnico** \_\_\_\_\_

**Responsável Legal** \_\_\_\_\_

Natal, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_