



**1 - REQUERIMENTO**

	Licença Sanitária - Inicial		Assentimento Sanitário
	Licença Sanitária - Renovação		Aprovação de Projeto Físico ou Hidrossanitário
	Licença Sanitária – Alteração ( <i>Especificar no campo outros</i> )		Habite-se Sanitário ou Certificação Sanitária
	Outros (Especificar):		

**2 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

Razão social (*pessoa física*) ou nome (*pessoa física*):

Nome Fantasia:

Rua, Avenida, etc:

Nº:

Bairro:

CEP:

Telefone: (*Contato com a empresa*)

E-mail (*Contato com a empresa*):

Ponto de Referência:

Responsável Legal:

CPF:

Responsável Técnico:

Reg. Conselho de Classe:

**2 - OBJETO DA SOLICITAÇÃO**

CNPJ / CPF:

Inscrição Municipal:

CNAE

Atividade Econômica

(*Preencher apenas as atividades de interesse a saúde que são exercidas e/ou que pretende exercer*)

Características da (s) Atividade (s)

(*Descrever as principais informações que possam caracterizar a (s) atividade (s) a ser licenciada (s) e/ou alterada (s), por exemplo: mudança de razão social, inclusão e/ou exclusão de atividade, mudança de responsável técnico*)

Informações Básicas para Enquadramento

(*Preencher apenas os campos pertinentes ao empreendimento a ser licenciado*)

Área do Estabelecimento (m<sup>2</sup>):

Horário de Funcionamento:

Dias de Funcionamento:

Local e Data

VIANA, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura do  
requerente/Procurador  
(Anexar procuração)

CPF: \_\_\_\_\_

**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA**

Secretaria Municipal de Saúde

Vigilância em Saúde

Vigilância Sanitária

**ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO SANITÁRIA PARA ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Nº 2

(clínicas, Consultórios, apoio diagnóstico)

<b>1 - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA</b>			
Razão social (pessoa física) ou nome (pessoa física):			
Rua, Avenida, etc:	Nº:	Bairro:	
CEP:	Telefone:	E-mail:	
CNPJ / CPF:		Inscrição Municipal:	
<b>2 - CONDIÇÕES ESTRUTURAIS E HIGIÊNICAS DO ESTABELECIMENTO.</b>			
<b>Observação: Caso existam situações não aplicáveis ao tipo de atividade, assinalar -NA (não se aplica)</b>			
<b>01) Situações e Condições Estruturais</b>	Sim	Não	N/A
1.1) Pisos e paredes de superfície lisa, compacta, de fácil higienização em todos os setores?			
1.2) Piso com declive suficiente ao escoamento e provido de ralos em número suficiente e sifonados com tampas que se fechem?			
1.3) Fossas, rede pública de esgoto, caixas de gordura em bom estado de conservação e funcionamento?			
1.4) Área externa livre de focos de insalubridade, de objetos em desuso ou estranhos ao ambiente, de vetores e outros animais no pátio e vizinhança; de focos de poeira; de acúmulo de lixo nas imediações, de água estagnada, dentre outros?			
<b>02) Ventilação e Iluminação</b>	Sim	Não	N/A
2.1) Ventilação suficiente, sem ocasionar desconforto térmico?			
2.2) Equipamento de climatização em bom estado de conservação e higiene e com funcionamento adequado?			
2.3) Iluminação natural ou artificial adequada à atividade desenvolvida?			
<b>03) Água para abastecimento</b>	Sim	Não	N/A
3.1) Água de abastecimento oriunda da rede pública com potabilidade atestada semestralmente?			
3.2) Reservatórios de água (caixas d'água ou cisternas), dotados de tampa, sem vazamentos ou infiltrações e distantes de material estranho?			
3.3) Realiza higienização semestral do reservatório de água com registro no estabelecimento?			
<b>04) Estrutura funcional</b>	Sim	Não	N/A
4.1) Sanitários para a clientela em condições de uso; com lavatório dotado de sabão líquido, toalha de papel e cesto com tampa acionada por pedal; e com ralo sifonado com tampa giratória para fechamento?			
4.2) Depósito de Material para guarda e organização de produtos e equipamentos de limpeza?			
4.3) Área (Copa/Cozinha) exclusiva para alimentos?			
4.4) Instalações prediais livres de trincas, rachaduras e infiltrações?			
4.5) Instalações elétricas e hidráulicas protegidas e em bom estado de conservação?			
4.6) Sanitário anexo ao consultório de: - Ginecologia/Obstetrícia; - Urologia; - Proctologia; -Outro: _____			
4.7) Material descartável de uso único?			
4.8) Produtos utilizados com registro no Ministério da Saúde ou indicação de isenção?			
4.9) Produtos existentes e utilizados no prazo de validade estipulado?			
4.10) Estocagem de produtos em locais distintos (medicamentos e correlatos/alimentos/saneantes), livres de umidade e poeira e em temperatura ideal (25°)?			
4.11) Existência de Procedimentos Operacionais Padronizados (POPS)?			
4.12) Existência de equipamentos de proteção individual (EPI)?			
4.13) Registro da manutenção corretiva e preventiva de equipamentos?			
4.14) Manual de normas e rotinas técnicas atualizadas e disponíveis?			
<b>05) Salas de atendimento / procedimentos</b>	Sim	Não	N/A
5.1) Lavatório ou pia exclusivo para higienização das mãos?			
5.2) Dispensador com sabão líquido?			
5.3) Suporte com papel toalha?			
5.4) Lixeira com saco plástico, tampa de acionamento por pedal e identificada para resíduo comum?			
5.5) Lixeira com saco plástico branco leitoso padronizado, tampa de acionamento por pedal e identificada para resíduo infectante?			

5.6) Recipiente rígido para descarte de material perfuro – cortante?			
5.7) Ausência de cortinas, estantes com livros e objetos, vasos de plantas, aquários abertos e outros adornos de difícil higienização na área de atendimento/tratamento?			
5.8) Almotolias (identificada e com tampa) com controle de validade? (07 dias após envase ou almotolias descartáveis?)			
5.9) Medicamentos e material médico hospitalar com controle de prazo de validade e registro no MS?			
5.10) Armazenamento de medicamentos controlados em conformidade com a Portaria MS nº 344/98?			
5.11) Medicamentos em uso, identificados, acondicionados com a data da abertura?			
5.12) Lençol da maca é trocado a cada paciente? É descartável?			
5.13) É realizada desinfecção da maca após cada utilização?			
5.14) Limpeza diária do ambiente é efetuada com pano úmido ou aspirador de pó?			
5.15) Local para acondicionar roupa contaminada: Recipiente identificado? Recipiente com tampa? Presença de sacola plástica?			
5.16) Material utilizado nos procedimentos é descartável ou devidamente esterilizado?			
5.17) Recipiente com tampa e identificado para acondicionamento de materiais e instrumentais contaminados na sala de exames?			
5.18) local adequado (armários, gavetas e/ou outros) para acondicionamento dos materiais esterilizados e materiais de consumo nas salas?			
5.19) Imunobiológicos em geladeira exclusiva com termômetro de máxima, mínima e de momento, mantendo a temperatura entre +2°C e +8°C?			
5.20) Elaboração de mapa de registro da temperatura da geladeira com duas medidas diárias e arquivo, em pasta, por 06 (seis) meses?			
5.21) Laudo de aprovação de proteção radiológica válido, em caso de aparelho de Raios para radiodiagnóstico?			
<b>06) Área de reprocessamento de artigos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
6.1) Local é adequado para realização da atividade?			
6.2) Área para processamento de artigos (descontaminação, limpeza e esterilização) com fluxograma (passo a passo) afixado: -exclusiva?			
6.3) Climatização e/ou ventilação Artificial (ar condicionado) ou Natural (janelas com aberturas teladas)?			
6.4) Pia com bancada para lavagem e preparo do material?			
6.5) Lavatório exclusivo para higienização das mãos?			
6.6) Dispensador com sabão líquido?			
6.7) suporte com papel toalha?			
6.8) Lixeira com saco plástico, tampa de acionamento por pedal e identificada para resíduo comum?			
6.9) Lixeira com saco plástico branco leitoso padronizado, tampa de acionamento por pedal e identificada para resíduo infectante?			
6.10) Recipiente rígido para descarte de material perfuro – cortante (Descarpack)?			
6.11) Armário para guarda de material limpo e desinfetado?			
6.12) EPIs em número suficiente? (Máscara, Óculos de proteção, avental, luvas de cano longo e sapato fechado)?			
6.13) Os processos de desinfecção e esterilização do instrumental são precedidos de lavagem?			
6.14) É utilizado procedimento prévio de descontaminação do instrumental? (desincrostante, detergente enzimático, outros)			
6.15) Possui recipiente fechado, identificado e datado para imersão do instrumental em solução de limpeza ou desinfecção?			
6.16) O método utilizado para esterilização do instrumental é o vapor saturado sob pressão? (Autoclave)			
6.17) Utiliza invólucro (embalagem) adequado para esterilização em autoclave? (papel grau cirúrgico, papel crepado, papel SMS, etc)			
6.18) Possui procedimento de identificação da embalagem do instrumental e registro da data de validade?			
6.19) Possui procedimento de validação do processo de esterilização? Realiza teste biológico com registro?			
6.20) Qual a frequência de realização dos testes biológicos? _____			
6.21) Esterilização do instrumental é terceirizada, sendo realizada em estabelecimento credenciado?			
<b>07) Resíduos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
7.1) No ato do descarte é realiza a segregação dos resíduos? (separar por tipo: comum, biológico, perfuro-cortante, químico)			
7.2) Lixeira com saco plástico preto, tampa de acionamento por pedal e identificada para resíduo comum nos setores onde este é gerado?			
7.3) Lixeira com saco plástico branco leitoso padronizado, tampa de acionamento por pedal e identificada para resíduo infectante nos setores onde este é gerado?			
7.4) Recipiente rígido com paredes resistentes à punctura, em suporte fixado à parede ou em bancada seca, em altura ergonomicamente compatível em que se tenha visibilidade do orifício para descarte de material pérforo–cortante disponível na(s) sala (s) de procedimento(s)?			

7.5) Sala exclusiva para acondicionamento interno temporário dos resíduos de saúde?				
7.6) Abrigo externo de resíduos em ambiente exclusivo, identificado, fechado, em alvenaria, com ponto d'água, revestido de material liso, lavável e de fácil higienização, possuindo ambientes separados para atender ao armazenamento de resíduos?				
7.7) Há contratação de coleta especializada de resíduos de saúde para a destinação final?				
<b>08) Controle de vetores ou pragas</b>		<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
8.1) Janelas, portas e demais aberturas dotadas de sistemas de proteção contra a entrada de vetores ou pragas (telas milimetradas, molas, cortinas de ar, etc.)?				
<b>3 – DECLARAÇÃO</b>				
<p>Por este instrumento particular de declaração, eu, _____, portador da carteira de identidade nº. _____ e CPF nº. _____, residente e domiciliado à Rua (Av.) _____, nº. _____, complemento _____, Bairro _____, Viana/ES, CEP: _____, DECLARO idoneamente sob as penas da lei (Código penal, art. 299 – Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: pena de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos, e multa, se documento é particular) que as informações contidas no presente requerimento são verdadeiras e assumo o compromisso de apresentar, quando solicitado, os comprovantes originais, para quaisquer comprovações junto a Gerência de Vigilância Sanitária do município de Viana.</p> <p>Por ser a mais cristalina expressão da verdade, assino o presente.</p>				
Local e Data	VIANA _____, _____ / _____ / _____	Assinatura do requerente/Procurador (anexar procuração)		



**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA**  
Secretaria Municipal de Saúde  
Vigilância em Saúde  
Vigilância Sanitária

**DECLARAÇÃO DE ABASTECIMENTO DE  
ÁGUA Nº 3**

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:**

Razão Social (pessoa física) ou nome (pessoa física):

Rua, Avenida, etc:

Nº:

Bairro:

CEP:

Tel.:

E-mail:

CNPJ / CPF:

Inscrição Municipal:

**2 - OBJETIVO DA DECLARAÇÃO:**

Quanto ao abastecimento de água do estabelecimento

Possui abastecimento de água da Concessionária (CESAN)?

Sim  Não

- Não possui fonte alternativa coletiva de abastecimento de água, tais como captação de chuva, água de reuso ou poço artesiano.  
 Possui fonte alternativa coletiva de abastecimento de água, tais como captação de chuva, água de reuso ou poço artesiano.  
 Outros:

Quanto ao uso da água proveniente de fonte alternativa coletiva

Caso possua fonte alternativa coletiva de abastecimento de água, preencher o questionário abaixo:

Utiliza a água da fonte alternativa coletiva para consumo e higiene humana?

Sim  Não

Utiliza a água da fonte alternativa coletiva para outras finalidades?

Não  Sim - Quais?

**DECLARAÇÃO**

Por este instrumento particular de declaração, eu, \_\_\_\_\_, portador da carteira de identidade nº. \_\_\_\_\_, e CPF: \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à Rua (Av.) \_\_\_\_\_, nº. \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_, Viana/ES, CEP: \_\_\_\_\_, DECLARO idoneamente sob as penas da lei (Código penal, art. 299 – Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: pena de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos, e multa, se documento é particular) que as informações contidas no presente requerimento são verdadeiras e assumo o compromisso de apresentar, quando solicitado, os comprovantes originais, para quaisquer comprovações junto a Gerência de Vigilância Sanitária do município de Viana.

Por ser a mais cristalina expressão da verdade, assino o presente.

Local e Data

VIANA, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

Assinatura do  
requerente/Procurador (Anexar  
procuração)

CPF:





**PREFEITURA MUNICIPAL DE VIANA**

Secretaria Municipal de Saúde

Vigilância em Saúde

Vigilância Sanitária

**ROTEIRO DE AUTOINSPEÇÃO SANITÁRIA  
EXCLUSIVO PARA INSTITUIÇÃO DE LONGA  
PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (ILPI) N° 12****1 - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA**

Razão social (pessoa física) ou nome (pessoa física):

Rua, Avenida, etc:

N°:

Bairro:

CEP:

Telefone:

E-mail:

CNPJ ou CPF:

Insc. Municipal:

**2 - CONDIÇÕES ESTRUTURAIS E HIGIÊNICAS DO ESTABELECIMENTO.****Observação: Caso existam situações não aplicáveis ao tipo de atividade, assinalar -NA (não se aplica)**

<b>01) Recursos humanos</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
1.1) Possui responsável técnico, de formação a nível superior, com carga horária mínima de 20 horas/semanal?			
1.2) Possui profissional nível superior (p/ atividades de lazer) c/ carga horária de 12 hs/sem (01 prof./40 idosos)?			
1.3) Possui Auxiliar de Serviços Gerais para limpeza (01 profissional para cada 100m²)?			
1.4) Possui Auxiliar de Serviços Gerais para lavanderia (01 profissional para cada 30 idosos)?			
1.5) Possui cozinheiro (01 profissional para cada 20 idosos)?			
1.6) Possui cuidadores de idosos em quantitativo suficiente? - Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia. (Grau de dependência I: idosos independentes mesmo que usem equipamentos de auto-ajuda) - Grau de Dependência II: um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno. (Grau de dependência II: idosos com dependência em até três atividades da vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada) - Grau de Dependência III: um cuidador para cada 06 idosos, ou fração, por turno. (Grau de dependência III: idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de auto-cuidado para a vida diária e ou comprometimento cognitivo) OBS: Para base de cálculo o profissional Técnico de Enfermagem poderá substituir o profissional cuidador.			
1.7) Os cuidadores possuem capacitação formal?			
1.8) Há política de educação permanente, especialmente na área de gerontologia, voltada para os funcionários?			
1.9) Há assistência de outros profissionais especializados na instituição? (Enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico, educador físico, entre outros)			
<b>02) Características da clientela</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
2.1) A quantidade de residentes internos atende à capacidade instalada da instituição? * Capacidade instalada (quantidade planejada de residentes que tem como base de cálculo o número de dormitórios e o número de idosos por dormitório levando-se em conta suas dimensões físicas, de acordo com a Resolução ANVISA RDC N° 283/2005)			
2.2) Existem residentes com menos de 60 anos? Motivos: _____			
2.3) A instituição realiza visita ao idoso/família antes de sua admissão?			
2.4) Há idosos com distúrbio cognitivo ou psiquiátrico?			
2.5) Há idosos em uso de sonda para alimentação? (nasogástrica, gastrostomia, etc.)			
2.6) Há idosos portadores de feridas crônicas? (úlceras vasculares, úlcera de pressão/escara, pé diabético, outras)			
2.7) Há idosos dependentes de oxigenoterapia? (em uso de oxigênio)			
2.8) Há idosos com ventilação mecânica?			
2.9) Há idosos sob cuidado de serviços de atenção domiciliar ( <i>home care</i> )?			
2.10) Há idosos com sonda vesical ou coletor de urina?			
2.11) Há idosos com diagnóstico ou em tratamento de câncer?			
2.12) Há idosos com diabetes ou hipertensão?			
2.13) Outras patologias (Citar): _____			
2.14) Onde os residentes são atendidos conforme Plano de Atenção à Saúde? (assinalar as opções utilizadas) a. <input type="checkbox"/> Unidade/Centro de Saúde público (SUS) b. <input type="checkbox"/> Equipe de Saúde da Família (SUS) c. <input type="checkbox"/> Serviços/profissionais particulares (plano de saúde ou pagos pelo residente/família) d. <input type="checkbox"/> Hospital público (SUS) e. <input type="checkbox"/> Serviço próprio da ILPI (profissionais de saúde da própria instituição)			
2.15) Qual dessas opções (a, b, c, d ou e) é a mais utilizada? _____			
<b>03) Condições gerais e processos operacionais</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>

3.1)A estrutura física, em geral, está em adequado estado de conservação, limpeza e organização?			
3.2)Parede, piso e teto adequados (lisos, laváveis, preferencialmente de cor clara e de fácil higienização, resistentes ao uso de desinfetantes) e em bom estado de conservação?			
3.4)Instalações elétrico/hidráulicas embutidas e/ou protegidas com material resistente a impactos e a lavagens, de forma a impedir retenção de sujidades?			
3.5)Iluminação natural e/ou artificial adequada às condições de trabalho?			
3.6)Ventilação natural e/ou artificial adequada em todos os ambientes?			
3.7)A instituição possui contrato formal de prestação de serviço com o residente ou seu responsável legal ou curador?			
3.8)Existe a garantia de visita aberta?			
3.9)Existe registro / prontuário atualizado de cada idoso? (“Manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições e suas alterações, se houver, e demais dados que possibilitem a sua identificação e a individualização do atendimento.”)			
3.10)A instituição possui Plano de Trabalho conforme item 5.1.1 da RDC 283/2005 e artigo 48 do Estatuto?			
3.11)Os equipamentos, produtos, mobiliários e utensílios estão disponíveis, em quantidade suficiente, em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem e de acordo com a legislação vigente?			
<b>04) Processamento de roupas</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
4.1)Possui lavanderia com área específica para o desenvolvimento dessa atividade?			
4.2)A instituição possui, mantém disponível e implementa as rotinas técnicas do processamento de roupas de uso pessoal e coletivo?			
4.3)Os saneantes / material de limpeza usados tem procedência e estão regularizados junto a ANVISA?			
4.4)Existem luvas, avental impermeável e botas para os funcionários da lavanderia?			
4.5)Com que frequência é trocada a roupa de cama? Especifique:			
4.6)Existe quantidade de roupas de uso coletivo suficiente para a demanda?			
4.7)A instituição garante a privacidade do uso da roupa pessoal? As roupas estão identificadas?			
4.8)Há separação de fluxos (entrada e saída de roupas)?			
4.9)Há local para guarda de material de limpeza?			
<b>05) Alimentação</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
5.1)Possui cozinha, refeitório e despensa (depósito de alimentos)?			
5.2)Há refeitório com área mínima de 1m² por usuário, acrescido de local para guarda de lanches, de lavatório para higienização das mãos e luz de vigília?			
5.3)A instituição segue o estabelecido na RDC nº. 216/2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação, no que se refere a: a. Manipulação, preparação, fracionamento dos alimentos; b. Armazenamento dos alimentos; c. Transporte dos alimentos (interno e externo); d. Distribuição dos alimentos.			
5.4)A instituição possui normas e rotinas técnicas para o serviço de alimentação incluindo: a. Limpeza e descontaminação dos alimentos; b. Armazenagem de alimentos; c. Preparo dos alimentos com enfoque nas boas práticas; d. Boas práticas para prevenção e controle de vetores; e. Acondicionamento de resíduos.			
5.5)É assegurado aos idosos o fornecimento de alimentação, respeitando os aspectos relacionados à saúde (como dietas especiais) e culturais locais, oferecendo, no mínimo, seis refeições diárias?			
5.6)Existe cardápio de dietas especiais que atenda à necessidade dos idosos elaborado e assinado por Nutricionista?			
5.7)O responsável pelas atividades de manipulação dos alimentos e os manipuladores de alimentos são comprovadamente capacitados, de acordo com a RDC nº 216/2004?			
<b>06) Saúde</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
6.1)A instituição possui um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes contemplando, no mínimo, 3 aspectos (acesso, resolubilidade e humanização), elaborado a cada dois anos, avaliado anualmente e implantado?			
6.2)São realizados procedimentos invasivos na instituição? (p.ex.: passagem de sonda vesical de demora ou sonda enteral, injetáveis, aspiração orotraqueal ou de traqueostomia, dentre outros)			
6.3)Sobre o Plano de Atenção Integral à Saúde: a. É compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade? b. Indica os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário? c. Prevê a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção? d. Contém informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes?			
6.4)O serviço de remoção é terceirizado?			
6.5)A instituição dispõe de rotinas e procedimentos escritos e implantados, referentes aos cuidados com os idosos?			

6.3)Os medicamentos em uso pelos idosos estão sob responsabilidade do Responsável Técnico - RT da instituição, respeitados os regulamentos de vigilância sanitária quanto à guarda e administração?			
6.4)Os medicamentos controlados estão acondicionados em armários fechados com chaves ou equivalentes?			
6.5)É realizado o controle do prazo de validade dos medicamentos?			
6.6)Há prescrição médica para todos os medicamentos que se encontram na instituição?			
6.7)A instituição comprova, quando solicitada, a vacinação obrigatória dos residentes conforme estipulado pelo Plano Nacional de Imunização do Ministério da Saúde? OBS: Há registros de imunização: Gripe, Pneumonia, DT (Difteria e Tétano).			
6.8)A instituição comprova a inscrição do residente no Serviço de Saúde mais próximo ou em Plano de Saúde?			
<b>07) Monitoramento e avaliação do funcionamento</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
7.1)Calcula, avalia e encaminha para a vigilância sanitária local os indicadores mensais estabelecidos na RDC nº 283/2005? (taxa de mortalidade, incidência de doença diarreica aguda, incidência de escabiose, incidência de desidratação, taxa de prevalência de úlcera de decúbito e taxa de prevalência de desnutrição).			
<b>08) Infra-estrutura física</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>N/A</b>
8.1)Realiza limpeza semestral dos reservatórios de água com registro e controle microbiológico da qualidade da água?			
8.2)Os reservatórios de água (caixas d'água ou cisternas) são dotados de tampa, sem vazamentos ou infiltrações?			
8.3)Água de abastecimento é oriunda da rede pública com potabilidade atestada semestralmente?			
8.4)Os efluentes são lançados na rede pública de coleta e tratamento de esgoto?			
8.5)Oferece instalações físicas em condições de habitabilidade (temperatura, odores, umidade, entre outros), higiene e salubridade?			
8.6)Possui dormitórios separados por sexos, para no máximo 04 pessoas, dotados de banheiro?			
8.7)Os dormitórios de 01 pessoa possuem área mínima de 7,50 m <sup>2</sup> , incluindo área para guarda de roupas e pertences do residente?			
8.8)Os dormitórios de 02 a 04 pessoas possuem área mínima de 5,50m <sup>2</sup> por cama, incluindo área para guarda de roupas e pertences dos residentes?			
8.9)Os dormitórios são dotados de luz de vigília e campainha de alarme?			
8.10)Existe uma distância mínima de 0,80 m entre duas camas?			
8.11)Existe cama com grade de proteção?			
8.12)O banheiro possui área mínima de 3,60 m <sup>2</sup> , com 01 vaso sanitário, 01 lavatório e 01 chuveiro, sem desnível em forma de degrau para conter a água, com piso antiderrapante e sem o uso de revestimentos que produzam brilhos e reflexos?			
8.13)Possui áreas para o desenvolvimento das atividades voltadas aos residentes com graus de dependência I e II ?			
8.14)Há sala para atividades coletivas para no máximo 15 residentes, com área mínima de 1,0 m <sup>2</sup> por pessoa?			
8.15)Há sala de convivência com área mínima de 1,3 m <sup>2</sup> por pessoa?			
8.16)Há sala para atividades de apoio individual e sócio-familiar com área mínima de 9,0 m <sup>2</sup> ?			
8.17)Há banheiros coletivos, separados por sexo, com no mínimo, um box para vaso sanitário que permita a transferência frontal e lateral de uma pessoa em cadeira de rodas?			
8.18)As portas dos compartimentos internos dos sanitários coletivos têm vãos livres de 0,20m na parte inferior?			
8.19)Há espaço ecumênico ou para meditação?			
8.20)Há sala administrativa ou de reunião?			
8.21)Há almoxarifado indiferenciado com área mínima de 10,0 m <sup>2</sup> ?			
8.22)Há vestiário e banheiro para funcionários, separados por sexo?			
8.23)O banheiro para funcionários possui área mínima de 3,6 m <sup>2</sup> , contendo 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários ou fração?			
8.24)A Área de vestiário para funcionários possui área mínima de 0,5 m <sup>2</sup> por funcionário/turno?			
8.25)Possui lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até o momento da coleta?			
8.26)Há área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao ar livre (solarium com bancos, vegetação e outros)?			
8.27)Os colchões e travesseiros são revestidos de material impermeável de fácil limpeza e higienização?			
8.28)A instituição mantém identificação externa e visível?			
8.29)As instalações físicas garantem a segurança, integridade física e acessibilidade?			
8.30)Existem, no mínimo, duas portas de acesso externo, sendo uma exclusivamente de serviço?			
8.31)Os pisos externos e internos (inclusive as rampas e escadas) são de fácil limpeza e conservação, uniformes, com ou sem juntas e com mecanismo antiderrapante?			
8.32)As rampas e escadas favorecem a acessibilidade, possuem, no mínimo, 1,20m de largura, corrimão e sinalização?			
8.33)As circulações internas principais possuem largura mínima de 1,00m?			
8.34)As circulações internas secundárias possuem largura mínima de 0,80m contando com luz de vigília permanente?			
8.35)As circulações internas com largura maior ou igual a 1,50 m possuem corrimão dos dois lados?			

OBS: As circulações com largura menor que 1,50 m podem possuir corrimão em apenas um dos lados.					
8.36)O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pela Vigilância Sanitária?					
8.37)Realiza manutenção predial preventiva e corretiva?					
<b>3 - DECLARAÇÃO</b>					
<p>Por este instrumento particular de declaração, eu, _____, portador da carteira de identidade nº. _____ e CPF nº. _____, residente e domiciliado à Rua (Av.) _____, nº. _____, complemento _____, Bairro _____, Viana/ES, CEP: _____, DECLARO idoneamente sob as penas da lei (Código penal, art. 299 – Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: pena de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos, e multa, se documento é particular) que as informações contidas no presente requerimento são verdadeiras e assumo o compromisso de apresentar, quando solicitado, os comprovantes originais, para quaisquer comprovações junto a Gerência de Vigilância Sanitária do município de Viana.</p> <p>Por ser a mais cristalina expressão da verdade, assino o presente.</p>					
Local e Data	_____, ____ / ____ / ____	Assinatura do requerente/Procurador (anexar procuração)			