

## RESOLUÇÃO SMSDC Nº 1628 DE 10 DE SETEMBRO DE 2010

**O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, e**

Considerando a Resolução Municipal SMG nº 693, de 17 de agosto de 2004, que rege o licenciamento de Estabelecimentos de Interesse para a Saúde, no âmbito da Vigilância Sanitária Municipal, e dá outras providências ou a que vier substituí-la;

Considerando a Deliberação CIB-RJ nº 735, de 08 de outubro de 2009, que aprova o Plano de Ação em Vigilância Sanitária do Município do Rio de Janeiro, com a descentralização das ações relacionadas aos Serviços de Atenção Domiciliar, nas modalidades de Assistência Domiciliar e de Internação Domiciliar, ou a que vier substituí-la;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada - ANVISA/MS, RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que determina o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, ou a que vier substituí-la;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada – ANVISA/MS, RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, ou a que vier substituí-la, e

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada - ANVISA/MS, RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que institui o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar, ou a que vier substituí-la,

RESOLVE :

**Art. 1º** - Os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), sejam na modalidade de Assistência Domiciliar ou Internação Domiciliar, devem elaborar o Plano de Atenção Domiciliar (PAD), documento expositor da proposta do Serviço contendo as necessidades dos pacientes, o grau de complexidade do atendimento prestado, os recursos materiais existentes na Sede da Empresa, os recursos humanos próprios e os contratados, a forma de captação de clientela e os principais quadros clínicos admitidos, que deve ser mantido à disposição da fiscalização sanitária no estabelecimento a qualquer tempo, devidamente atualizado.

**§ 1º** - Os serviços desenvolvidos pela Sede devem estar descritos no Alvará de Localização de Estabelecimento (ALE).

**§ 2º** - Os estabelecimentos aludidos no caput somente podem funcionar após solicitação do licenciamento sanitário.

**§ 3º** - As firmas de SAD devem manter em sua sede, disponíveis à fiscalização sanitária a qualquer tempo, prontuário médico contendo dados dos pacientes/clientes como endereço, patologias, cuidados e medicamentos prescritos; fichas dos pacientes; livro de ordens e ocorrências; sistema informatizado com sumário de pacientes; e listagem com escala de plantão dos profissionais do corpo técnico.

**§ 4º** - Devem ser elaborados e mantidos na Empresa, à disposição da Vigilância Sanitária a qualquer tempo, Fluxograma de Limpeza, Desinfecção e Esterilização de Artigos/Superfícies e Programa de

Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) proveniente da assistência ao cliente/paciente.

**Art. 2º** - Para efeito desta Resolução são considerados sujeitos ao Licenciamento pela Vigilância Sanitária do Município do Rio de Janeiro os Serviços de Atenção Domiciliar, nas modalidades de Assistência Domiciliar e de Internação Domiciliar, também conhecidos como “Home Care”, com Sede estabelecida legalmente, conforme especificações a seguir :

**§** Assistência Domiciliar: Conjunto de atividades de caráter ambulatorial programadas e continuadas, desenvolvidas no domicílio.

Internação Domiciliar: Conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

**Parágrafo único:** Exclui das prerrogativas acima os serviços fornecedores de recursos humanos, as cooperativas de trabalho, as operadoras de planos de saúde, os profissionais autônomos, as sedes de empresas de serviços de ambulância e os hospitais que designam profissionais entre suas equipes para a implantação desta assistência domiciliar.

**Art. 3º** – As Sedes dos Serviços de Atenção Domiciliar devem dispor dos seguintes ambientes: recepção, área de trabalho para a Equipe Administrativa com arquivo; dispensário de medicamentos/farmácia; área de trabalho para a Equipe Multidisciplinar de Atendimento Domiciliar (EMAD); sala para treinamentos e educação continuada; vestiários com banheiros masculino e feminino; copa-cozinha/refeitório; almoxarifado; Central de Material Esterilizado (CME) ou sala de utilidades e sala de guarda de materiais estéreis quando na opção de utilização de serviço contratado para esterilização por firma licenciada para esta finalidade; abrigo de resíduos de saúde; e depósito de material de limpeza.

**Art. 4º** – As Empresas de SAD que possuem dispensário de medicamentos/farmácia devem seguir o disposto na Portaria do Ministério da Saúde nº 344, de 12 de maio de 1998, e na Resolução Municipal SMSDC nº 1483, de 7 de agosto de 2009, ou outras legislações que as substituam, quando utilizarem medicamentos sob controle especial.

**Parágrafo único** – Os estabelecimentos de SAD que possuem estoque de medicamentos, equipamentos e materiais médico-hospitalares devem seguir o previsto na Resolução da Diretoria Colegiada – ANVISA/MS, RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009, que rege as boas práticas, o controle, a dispensação e a comercialização de produtos para a saúde, ou outras legislações que a substituam.

**Art. 5º** – A equipe multidisciplinar de assistência domiciliar deve ser composta, basicamente, pelos profissionais das seguintes graduações: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia e terapia ocupacional.

**§ 1º** - As atribuições concernentes a cada profissional dessas áreas definidas em suas respectivas regulamentações conferem subsídios para o planejamento da assistência no domicílio, considerando necessidade de recursos humanos, materiais, medicamentos, equipamentos, cronograma de atividades dos profissionais e logística de atendimento.

**§ 2º** - O encaminhamento médico para assistência domiciliar deve considerar as condições clínicas do cliente/paciente, a infraestrutura do local e as condições sociais e psicológicas do membro/familiar que recebe o cliente/paciente.

**§ 3º**- As empresas que prestam assistência em regime de Internação Domiciliar devem manter uma equipe mínima de plantão nas 24 (vinte e quatro) horas sob regime presencial ou alcançável pelo Responsável Técnico da Empresa que receba chamado de atendimento às eventuais intercorrências clínicas.

**§ 4º** - O Responsável Técnico deve possuir vínculo formal com a Empresa (Carteira de Trabalho ou Contrato Social).

**Art. 6º** O local definido como ponto de referência e/ou simples escritório não é passível de licenciamento sanitário em qualquer modalidade.

**Art. 7º** São adotados os termos, as definições e as demais exigências constantes da RDC ANVISA/MS nº 11, de 26 de janeiro de 2006, ou a que vier substituí-la.

**Art. 8º** Implementa-se o Roteiro de Auto-Inspeção e de Inspeção, segundo Anexo I desta Resolução, cujos itens devem estar universalmente atendidos em afirmativas a exceção da alternativa assinalada nos itens 8.1 ou 8.2 com 8.3.

**Art. 9º** A avaliação do SAD através dos indicadores Taxa de Mortalidade para a modalidade Internação Domiciliar, Taxa de Internação após Atenção Domiciliar, Taxa de Infecção para a modalidade Internação Domiciliar, Taxa de Alta da modalidade Assistência Domiciliar e Taxa de Alta da modalidade Internação Domiciliar deve ser mantida à disposição da Vigilância Sanitária no estabelecimento, a qualquer tempo, com sua série histórica.

**Artigo 10º** O processo administrativo para o licenciamento deve conter os seguintes documentos:

I – Formulário de Requerimento padrão para Licença de Funcionamento Sanitário;

II – Cópia do Alvará de Licença para Estabelecimento;

III – Cópia de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica;

IV – Regimento Interno;

V – Cópia do Contrato Social e de suas alterações;

VI – Cópia do Certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho de Classe do Responsável Técnico;

VII – Cópia do Vínculo Formal entre a Empresa e o Responsável Técnico (Carteira de Trabalho ou Contrato Social);

VIII – Relação dos serviços próprios oferecidos;

IX – Relação de Convênios;

X – Relação dos serviços contratados contendo nome, endereço e número do processo de Licenciamento Sanitário de cada Empresa;

XI – Relação dos fornecedores de materiais e equipamentos médico-hospitalares e de medicamentos com o respectivo número do processo de Licenciamento Sanitário de cada firma;

XII – Comprovante da área edificada da Empresa, em metragem quadrada;

XIII – Roteiro de Auto-Inspeção e de Inspeção preenchido, conforme Anexo, datado e assinado pelo Responsável Técnico;

XIV – Memorial descritivo assinado, datado e carimbado pelo Responsável Técnico com relação de ambientes e suas atividades, descrevendo os fluxos de trabalho/materiais/insumos/profissionais, demanda prevista e tipos de aparelhos/equipamentos utilizados.

XV - Declaração assinada, datada e carimbada pelo responsáveis técnicos habilitados pelo sistema CREA/CONFEA conforme Anexos II a V, informando sobre a forma de abastecimento de energia elétrica, sistemas de refrigeração e/ou exaustão, tipos e utilização dos gases medicinais, instalação de equipamentos.

**Artigo 11º** O Licenciamento Sanitário é dependente do atendimento integral das disposições desta Resolução, bem como dos regulamentos citados e outros vigentes.

**Artigo 12º** O não cumprimento ao que determina esta Resolução sujeita o estabelecimento às sanções previstas na Lei Federal nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.

**Artigo 13º** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 10 de setembro de 2010

HANS FERNANDO ROCHA DOHMANN

## ANEXO I

SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA, FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA E CONTROLE DE ZOOSE  
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM SERVIÇOS E PRODUTOS PARA SAÚDE

### Roteiro de Auto-Inspeção e Inspeção

#### Assistência Domiciliar/Internação Domiciliar (Homecare)

1 - IDENTIFICAÇÃO	
1.1	Razão Social: _____
1.2	Nome Fantasia (se houver): _____
	Endereço: _____ N.º _____ Bairro: _____ Município: Rio de Janeiro

1.3	Estado: RJ Tel.: (____) _____ E-MAIL: _____ Fax: (____) _____
1.4	Inscrição Municipal: _____
1.5	CNPJ: _____ CNES : _____
1.6	Responsável Técnico: _____ Conselho: _____ Nº: _____ Responsável Técnico Enfermeiro: _____ COREN: _____ Responsável Técnico Farmacêutico: _____ CRF: _____ Responsável Técnico Fisioterapeuta: _____ CREFITO: _____ Responsável Técnico Fonoaudiólogo: _____ CRF <sup>a</sup> : _____ Responsável Técnico Médico: _____ CRM: _____ Responsável Técnico Nutricionista: _____ CRN: _____ Responsável Técnico Odontólogo: _____ CRO: _____ Responsável Técnico Psicólogo: _____ CRP: _____ Responsável Técnico Terapeuta Ocupacional: _____ CREFITO: _____

--	--

1.7	<p style="text-align: center;"><b>MOTIVO DA INSPEÇÃO</b></p> <p>( ) Vistoria para Licença de Funcionamento Sanitário  ( ) Vistoria para Revalidação de Licença de Funcionamento Sanitário  ( ) Atendimento à solicitação</p> <p>Especificar: _____</p>
1.8	<p style="text-align: center;"><b>NATUREZA DO SERVIÇO</b></p> <p>( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal ( ) Universitário ( ) Filantrópico</p> <p>( ) Privado ( ) Convênio SUS Outro ( ) Qual ? _____</p>
1.9	<p style="text-align: center;"><b>MODALIDADE DE ATENDIMENTO PRESTADO</b></p> <p>( ) ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: Conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.</p> <p>( ) INTERNAÇÃO DOMICILIAR: Conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico complexo e com necessidade de tecnologia especializada.</p>
1.10	<p style="text-align: center;"><b>ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b></p> <p>( ) Serviços Médicos  ( ) Serviços de Enfermagem  ( ) Serviços de Remoção  ( ) Serviços de Fisioterapia  ( ) Aluguel de Equipamento Médico Hospitalar s/ operador  ( ) Outros</p> <p>Especificar: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<b>SERVIÇO PRÓPRIO</b>	
<b>1.11</b>	<input type="checkbox"/> Recursos Humanos
	<input type="checkbox"/> Viatura de Remoções
	<input type="checkbox"/> Exames Laboratoriais
	<input type="checkbox"/> Exames Radiológicos
	<input type="checkbox"/> Hemoterapia
	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
	<input type="checkbox"/> Diálise
	<input type="checkbox"/> Coleta Seletiva de Resíduos
	<input type="checkbox"/> Equipamentos e Materiais Médico-Hospitalares
	<input type="checkbox"/> Reprocessamento de Artigos
	<input type="checkbox"/> Lavanderia
	<input type="checkbox"/> Outros - Especificar:
	_____
_____	
_____	
_____	

	<b>SERVIÇO TERCEIRIZADO</b>	<b>Processo de Licença Sanitária nº</b>
<b>1.12</b>	<input type="checkbox"/> Recursos Humanos	
	<input type="checkbox"/> Viatura de Remoções	
	<input type="checkbox"/> Exames Laboratoriais	
	<input type="checkbox"/> Exames Radiológicos	
	<input type="checkbox"/> Hemoterapia	
	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	
	<input type="checkbox"/> Diálise	
	<input type="checkbox"/> Coleta Seletiva de Resíduos	
	<input type="checkbox"/> Equipamentos e Materiais Médico-hospitalares	
	<input type="checkbox"/> Reprocessamento de Artigos	
	<input type="checkbox"/> Lavanderia	
	<input type="checkbox"/> Outros - Especificar: _____	_____
	_____	_____
_____	_____	
_____	_____	

## QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS EXISTENTE

<b>1.13</b>	Auxiliar/Técnico de Enfermagem	
	Enfermeiro	
	Farmacêutico	
	Fisioterapeuta	
	Fonoaudiólogo	
	Médico	
	Nutricionista	
	Odontólogo	
	Psicólogo	
	Terapeuta Ocupacional	
	Outros, quais? _____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

<b>2 - DOCUMENTAÇÃO</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>2.1</b>	Alvará do Estabelecimento compatível com a atividade prestada		
<b>2.2</b>	Protocolo/ Licença Sanitária nº: ___ / _____ / _____		
<b>2.3</b>	Contrato Social Atualizado		
<b>2.4</b>	Prontuário domiciliar com registro de todos os atendimentos, medicações em uso, intercorrências e referências à história atual da doença e história patológica progressiva, bem estar social, direitos previdenciários, alta/óbito/transferência, nome e endereço completo de familiar de contato.		
<b>2.5</b>	Plano de Atenção Domiciliar.		
<b>2.6</b>	Inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)		
<b>2.7</b>	Prescrição médica atualizada em impresso específico.		
<b>2.8</b>	Contrato formal de prestação dos serviços oferecidos entre a Empresa e o paciente/cliente.		
<b>2.9</b>	Referência para atendimento de urgência, emergência e internação hospitalar formalmente estabelecido.		
<b>2.10</b>	Sistema de comunicação que garanta o acionamento da equipe, serviços de retaguarda, apoio ou suporte logístico em caso de urgência e/ou emergência .		
<b>2.11</b>	Rotina de Remoção para Unidade Hospitalar ou retorno à internação hospitalar nos casos de urgência e/ou emergência.		



2.12	Registro do Programa de Treinamento e Capacitação permanente da equipe multidisciplinar de atendimento domiciliar.		
2.13	Relação dos Serviços de fácil acesso.		
2.14	Relação dos Profissionais do Corpo Técnico com seus respectivos contratos.		
2.15	Relação dos equipamentos próprios da Empresa.		
2.16	Livro atualizado de Admissão / Óbito.		
2.17	Relação de Atividades realizadas.		
2.18	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS, conforme RDC ANVISA/MS nº 306/04.		
2.19	Planilha de indicação de Agravos à Saúde com atualização semestral disponível à fiscalização no estabelecimento.		
2.20	Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs) de limpeza e desinfecção de artigos, superfícies e equipamentos utilizados diretamente na assistência ao paciente/cliente.		
2.21	Normas e Rotinas impressas de Biossegurança disponíveis na sede .		
2.22	Registro de controle que permita a rastreabilidade dos equipamentos e materiais em uso no domicílio.		
2.23	Registro de manutenção preventiva e corretiva de aparelhos e equipamentos.		
2.24	Relação de Convênios.		
2.25	Protocolo de visitas de cada componente da equipe ao paciente internado no domicílio.		
2.26	Escala de Serviço que atenda sobreaviso nas 24 (vinte e quatro) horas.		
2.27	Registro de saída dos produtos em estoque		

<b>3 – CONDIÇÕES GERAIS</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
3.1	Identificação externa e visível do Estabelecimento		
3.2	Recepção		
3.3	Área administrativa com arquivo de prontuários		
3.4	Área de trabalho para Equipe Multidisciplinar de Atendimento Domiciliar (EMAD)		
3.5	Dispensário de medicamentos/farmácia (Responder o quadro nº 09).		
3.6	Almoxarifado de material administrativo		
3.6.1	Almoxarifado de material técnico		
3.7	Áreas distintas para guarda de produtos (Responder o quadro nº 10).		
3.8	Área de processamento de artigos		
3.9	Abrigo de Resíduos de Saúde		
3.10	Depósito de Material de Limpeza (DML)		

<b>3.10.1</b>	Ponto de água no DML		
<b>3.11</b>	Local para guarda das viaturas de transporte de material		
<b>3.12</b>	Local para guarda das ambulâncias		
<b>3.13</b>	Local para descanso dos funcionários		
<b>3.14</b>	Sanitários para funcionários		
<b>3.15</b>	Copa-cozinha/refeitório para funcionários		
<b>3.16</b>	Revestimentos de pisos, paredes e tetos de fácil limpeza e resistentes aos produtos desinfetantes		
<b>3.17</b>	Condições satisfatórias das instalações elétricas, sem fiação aparente		
<b>3.18</b>	Condições satisfatórias das instalações hidráulicas		
<b>3.19</b>	Condições de iluminação dos ambientes satisfatórias		
<b>3.20</b>	Condições de climatização dos ambientes satisfatórias		
<b>3.21</b>	Condições de higiene e limpeza dos ambientes satisfatórias		
<b>3.22</b>	Pisos, paredes e tetos em bom estado de conservação		

<b>4 – VESTIÁRIOS E SANITÁRIOS PARA FUNCIONÁRIOS</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>4.1</b>	Condições de higiene e limpeza satisfatórias		
<b>4.2</b>	Condições de iluminação satisfatórias		
<b>4.3</b>	Condições de climatização satisfatórias		
<b>4.4</b>	Chuveiros		
<b>4.5</b>	Revestimentos de pisos, paredes e tetos em bom estado de higiene e conservação		

<b>5- COPA/COZINHA/REFEITÓRIO</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
<b>5.1</b>	Condições de higiene e limpeza satisfatórias		
<b>5.2</b>	Condições de iluminação satisfatórias		
<b>5.3</b>	Condições de climatização satisfatórias		
<b>5.4</b>	Condições de hidratação oral para os funcionários		
<b>5.5</b>	Revestimentos de pisos, paredes e tetos em bom estado de limpeza e conservação		
<b>5.6</b>	Gás canalizado		

<b>6 – ABRIGO DE RESÍDUOS DE SAÚDE</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
----------------------------------------	--	------------	------------

6.1	Separação por categoria com identificação		
6.2	Dimensões compatíveis com o volume de resíduos gerados		
6.3	Fechamento da estrutura física em alvenaria revestida de material liso, lavável e de fácil higienização		
6.4	Existência de cobertura		
6.5	Existência de aberturas para ventilação		
6.6	Proteção contra entrada de animais sinantrópicos e domésticos		
6.7	Proteção de porta contra entrada de animais sinantrópicos e domésticos que permita a entrada dos recipientes de coleta externa		
6.8	Canaletas de escoamento direcionadas para a rede de esgoto do estabelecimento e ralo sifonado com tampa escamoteável		
6.9	Coletores de material lavável e resistente a soluções desinfetantes, com tampa e de fácil manuseio para locomoção		
6.10	Disponibilidade de ponto de água		
6.11	Condições de higiene e limpeza satisfatórias		
6.12	Condições de iluminação satisfatórias		
6.13	Condições de ventilação satisfatórias		
6.14	Tomada elétrica		
6.15	Revestimentos de pisos, paredes e tetos em bom estado de limpeza e conservação		
6.16	Área específica de higienização para limpeza e desinfecção simultânea dos recipientes coletores e demais equipamentos utilizados no manejo de Resíduos de Serviços de Saúde		

<b>7 - EQUIPAMENTOS</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
7.1	Geladeira para guarda de produtos médicos e medicamentos		
7.2	Gerador para as áreas de armazenagem dos produtos que necessitam de refrigeração		
7.3	Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em quantidades suficientes e compatíveis com as atividades desenvolvidas		
7.4	Equipamentos reservas		
7.5	Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC)		

<b>8 – PROCESSAMENTO DE ARTIGOS</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
8.1	Central de Material Esterilizado (CME) Simplificada conforme RDC ANVISA 50/2002 ou a que substituí-la		

8.2	Sala de lavagem e descontaminação (ou sala de utilidades)		
8.3	Sala de esterilização/estocagem de material esterilizado		
8.4	Materiais e soluções apropriados para o processamento adequado e com registro no Órgão competente		
8.5	Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em quantidade suficiente para a atividade desenvolvida		
8.6	Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) em condições de uso		
8.7	Condições de higiene e limpeza do ambiente satisfatórias		
8.8	Condições de iluminação do ambiente satisfatórias		
8.9	Condições de climatização do ambiente satisfatórias		

<b>9 – FARMÁCIA</b>		<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
9.1	Local exclusivo para esta atividade		
9.2	Responsável Técnico Farmacêutico		
9.3	Dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial		
9.3.1	Relato pormenorizado da forma de dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial		
9.3.2	Local trancado e seguro para estocagem dos medicamentos sujeitos a controle especial		
9.3.3	Livros de controle de estoque de medicamentos controlados registrados na SUBVISA local		
9.3.4	Quantidade de medicamentos em estoque compatível com a relatada no livro de controle		
9.4	Medicamentos utilizados devidamente registrados pela ANVISA		
9.5	Geladeira exclusiva para produtos sob controle de temperatura		
9.6	Condições de higiene e limpeza do ambiente satisfatórias		
9.7	Condições de iluminação do ambiente satisfatórias		
9.8	Condições de climatização do ambiente satisfatórias		
9.9	Pisos, paredes e tetos em bom estado de limpeza e conservação		
9.10	Procedimentos escritos sobre o funcionamento do dispensário		
9.11	Controle da validade dos medicamentos estocados		
9.12	Controle das condições climáticas da área de estocagem através de termômetro e higrômetro com anotação de três medidas diárias em mapa		
9.13	Organização dos estoques satisfatória		
9.14	Procedimentos Operacionais Padronizados sobre medicamentos inservíveis com determinação de locais segregados e identificados para armazenamento.		

9.15	Comprovação de controle de inventário		
------	---------------------------------------	--	--

10 – ARMAZENAMENTO DE MATERIAIS/PRODUTOS CORRELATOS		SIM	NÃO
10.1	Local exclusivo para esta atividade		
10.2	Responsável Técnico Farmacêutico		
10.3	Produtos armazenados conforme instruções do fabricante ou legislação vigente		
10.4	Estoque organizado (prateleiras, estrados, identificações) em condições satisfatórias		
10.5	Controle das condições climáticas da área de armazenamento (mapa de controle de temperatura)		
10.6	Comprovação de controle de inventário		
10.7	Rotina de dispensação dos materiais/produtos conforme o prazo de validade		
10.8	Condições de higiene e limpeza do ambiente satisfatórias		
10.9	Condições de iluminação do ambiente satisfatórias		
10.10	Pisos, paredes e tetos em bom estado de limpeza e conservação		

O responsável pela Empresa declara que as informações expressam a verdade, reconhecendo que quaisquer discrepâncias entre o informado e a realidade constatada pela autoridade sanitária estão sujeitas às penalidades previstas na legislação sanitária em vigor.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável técnico

CPF: \_\_\_\_\_ Conselho: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA AVALIAÇÃO DOS TÉCNICOS**



Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO TÉCNICO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO DO TÉCNICO

## **ANEXO II**

### **MODELO DE DECLARAÇÃO – ELÉTRICA**

Declaro, para comprovação junto à SUBSECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA, FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA E CONTROLE DE ZOONOZES do município do Rio de Janeiro, que a instalação do sistema de alimentação de energia elétrica (E SISTEMAS DE EMERGÊNCIA) destinado ao atendimento das áreas (ESPECIFICAR AS ÁREAS, SUAS RESPECTIVAS CARGAS E CLASSES DE ACIONAMENTO) da empresa (NOME/RAZÃO SOCIAL) situada à (ENDEREÇO COMPLETO) segue as recomendações e preceitos da ABNT (EXPLICITAR) e/ou (EXPLICITAR OUTRAS NORMAS OU DISPOSITIVOS LEGAIS), garantindo o fornecimento de energia elétrica compatível com as necessidades operacionais do processo.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Empresa (NOME/RAZÃO SOCIAL), nº do CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA – CNPJ e Registro no CREA

---

Assinatura do Profissional e nº do CREA

### **ANEXO III**

#### **MODELO DE DECLARAÇÃO – GASES MEDICINAIS**

Declaro, para comprovação junto à SUBSECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA, FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA E CONTROLE DE ZOONOSSES do município do Rio de Janeiro, que as instalações de gases medicinais (EXPLICITAR QUAIS) destinadas ao atendimento das áreas (ESPECIFICAR AS ÁREAS) do(a) (NOME/RAZÃO SOCIAL EMPRESA) situada à (ENDEREÇO COMPLETO) segue as recomendações e preceitos da ABNT (EXPLICITAR) e/ou (EXPLICITAR OUTRAS NORMAS OU DISPOSITIVOS LEGAIS), garantindo a aplicação de vazões e níveis de pressão compatíveis com as necessidades operacionais do processo.

Atesto em caso de utilização em edificações residenciais, comerciais ou similares, a mesma atenderá as legislações pertinentes sobre a matéria.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Empresa (NOME/RAZÃO SOCIAL), nº do CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA – CNPJ e Registro no CREA

---

Assinatura do Profissional e nº do CREA

### **ANEXO IV**

## **MODELO DE DECLARAÇÃO – SISTEMA DE AR**

Declaro, para comprovação junto à SUBSECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA, FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA E CONTROLE DE ZOONOZES do município do Rio de Janeiro, que as instalações do sistema de (EXAUSTÃO E TRATAMENTO DE AR LOCAL E GERAL/SISTEMA DE AR CONDICIONADO (EXPLICITAR QUAIS) destinado ao atendimento das áreas (ESPECIFICAR AS ÁREAS E O RESPECTIVOS FILTROS) da (NOME/RAZÃO SOCIAL) situada à (ENDEREÇO COMPLETO) segue as recomendações e preceitos da ABNT (EXPLICITAR) e/ou (EXPLICITAR OUTRAS NORMAS OU DISPOSITIVOS LEGAIS), garantindo a aplicação de vazões de ar e níveis de pressão interna compatíveis com as necessidades operacionais do processo.

Atesto em caso de utilização em edificações residenciais, comerciais ou similares, a mesma atenderá as legislações pertinentes sobre a matéria.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Empresa (NOME/RAZÃO SOCIAL), nº do CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA – CNPJ e Registro no CREA

---

Assinatura do Profissional e nº do CREA

## **ANEXO V**

### **DECLARAÇÃO DE INSTALAÇÕES DE EQUIPAMENTOS**

Declaro, para comprovação junto à SUBSECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA, FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA E CONTROLE DE ZOONOZES do município do Rio de Janeiro, que as instalações do(s) equipamentos(s) destinado ao atendimento das áreas (ESPECIFICAR AS ÁREAS) da empresa (NOME/RAZÃO SOCIAL) situada à (ENDEREÇO COMPLETO) segue as recomendações e preceitos



da ABNT (EXPLICITAR) e/ou (EXPLICITAR OUTRAS NORMAS OU DISPOSITIVOS LEGAIS),  
garantindo que as instalações atendem as necessidades operacionais do processo.

Atesto em caso de utilização em edificações residenciais, comerciais ou similares, a mesma  
atenderá as legislações pertinentes sobre a matéria.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Empresa (NOME/RAZÃO SOCIAL), nº do CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA – CNPJ e  
Registro no CREA

---

Assinatura do Profissional e nº do CREA