



**ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA AVALIAÇÃO DAS INSTALAÇÕES SANITÁRIAS  
DAS UNIDADES DE SAÚDE DA REDE MUNICIPAL**

Unidade de Saúde:

Nome do Administrador:

Endereço:

Bairro:

CNPJ:

Insc. Municipal:

Telefone:

Fluxo de pessoas/dia:

**M O T I V O D A I N S P E Ç Ã O**

Rotina

Reclamação

Programa

Ofício

**Detalhamento da Inspeção:** \_\_\_\_\_

**I T E N S D E A V A L I Ç Ã O**

**AVALIAÇÃO**

<b>1. ASPECTOS GERAIS</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>
1.1- A higiene e a limpeza das áreas de circulação de público são satisfatórias?			
1.2- Acesso facilitado para portadores de necessidades especiais?			
1.3- As áreas de circulação de público são bem iluminadas?			
1.4- As áreas de circulação de público são bem ventiladas?			
1.5- Foi verificado infiltração ou vazamento em algum trecho da unidade?			
<b>2. SANITÁRIOS</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>
2.1- Há sanitários independentes para pacientes?			
2.2- Há sanitários adaptados para portadores de necessidades especiais?			
2.3- A higienização dos sanitários é realizada com frequência?			
2.4- Há produto para higienização das mãos disponível?			
2.5- O produto de higienização das mãos tem risco de contaminação ao usuário?			
2.6- Há dispositivo para secagem das mãos disponível?			
2.7- O dispositivo para secagem das mãos não oferece risco de contaminação?			
2.8- Os vasos sanitários estão providos de assentos sanitários?			
2.9- Os gabinetes sanitário estão providos com papel higiênico?			
2.10- As lixeiras dos sanitários são providas de tampa acionadas por pedal?			
<b>3. ABASTECIMENTO DE ÁGUA</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>
3.1- O abastecimento de água potável é feito pela rede pública?			
3.2- Existe outra forma de abastecimento de água? (especifique qual e a finalidade)			
3.3- Há algum dispositivo de filtração na entrada do abastecimento?			
3.4- Há manutenção regular do dispositivo de filtração da entrada do abastecimento?			

3.5- Existe cisterna para o armazenamento da água potável?			
3.6- A cisterna é vedada e protegida contra a presença de vetores e inundações?			
3.7- A cisterna tem frequência de limpeza e desinfecção no mínimo semestral?			
3.8- A cisterna tem acesso fácil para manutenção?			
3.9- A cisterna tem uso contínuo?			
3.10- Existe caixa d'água para o armazenamento da água potável?			
3.11- A caixa d'água é vedada e protegida contra a presença de vetores e inundações?			
3.12- A caixa d'água tem frequência de limpeza e desinfecção no mínimo semestral?			
3.13- A caixa d'água tem acesso fácil para manutenção?			
3.14- A limpeza da caixa d'água e da cisterna é feita por firma habilitada?			
3.15- A unidade dispõe de bebedouros nas áreas de circulação de público?			
3.16- Há programa para limpeza e desinfecção ou troca dos filtros do bebedouros?			
3.17- O bocal do jato de água tem proteção para evitar o contato direto com a boca?			
3.18- Os bebedouros são certificados pelo INMETRO?			

**Data da limpeza:** \_\_\_\_\_ **Firma responsável:** \_\_\_\_\_

<b>4. ESGOTAMENTO SANITÁRIO</b>	<b>S</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>
---------------------------------	----------	----------	-----------

4.1- O esgotamento é feito na rede coletora de esgotos?			
4.2- Há algum dispositivo para o tratamento do esgoto sanitário?			
4.3- Foi observado durante a inspeção algum vazamento de esgoto?			
4.4- Foi observado durante a inspeção algum entupimento na rede de esgoto?			

<b>5. COLETA DE RESÍDUOS</b>	<b>N</b>	<b>S</b>	<b>NA</b>
------------------------------	----------	----------	-----------

5.1- O número de lixeiras existentes na área de público é suficiente?			
5.2- Há local específico para o armazenamento externo dos resíduos?			
5.3- O local é construído de material que permita sua lavagem?			
5.4- O local é protegido e dificulta a presença de animais e vetores?			
5.5- A limpeza e conservação da unidade de saúde são feitas por empresa contratada?			
5.6- Há Programa para Gerenciamento dos Resíduos?			
5.7- A coleta dos resíduos de saúde é realizado por firma especializada?			
5.8- Há Programa de Coleta Seletiva?			

<b>6. COLETA DE AMOSTRAS DE ÁGUA</b>
--------------------------------------

Ponto de Coleta	Identificação da amostra	Residual de Cloro Livre	TAAA	Resultado



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA, FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA E CONTROLE DE ZOOSES  
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E FISCALIZAÇÃO SANITÁRIA  
EM ARQUITETURA E ENGENHARIA

**7. DOCUMENTOS SOLICITADOS**

**8. COMENTÁRIOS**

**9. DOCUMENTOS EXTRAÍDOS**

TVS n°	TI n°	AI n°	Outros:
--------	-------	-------	---------

**Data:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Responsável pela Inspeção**

\_\_\_\_\_  
**Responsável**

\_\_\_\_\_  
**Responsável pela Inspeção**