



ACREDITAÇÃO DE SERVIÇOS PRIVADOS DE IMUNIZAÇÃO HUMANA

Por intermédio deste edital, a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) aprimora e divulga o Programa de ACREDITAÇÃO de Serviços Privados de Imunização Humana (SPIH).

São considerados SPIH as unidades assistenciais de saúde que não façam parte da rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), legalmente credenciadas para a aplicação de vacinas e outros imunobiológicos destinados à profilaxia de doenças imunopreveníveis.

A principal finalidade deste Programa é avaliar o SPIH que tenha pelo menos um sócio filiado à SBIm, e certificar que esse obedece às recomendações federais consideradas mínimas pela comissão de Acreditação da SBIm, por meio da concessão de declaração pública de mérito, fundamentada no reconhecimento da excelência dos profissionais que dele participam, de suas instalações, de sua organização administrativa e funcional e da obediência à legislação pertinente em vigência no Brasil.

Com a obtenção do certificado de acreditação, a SBIm concederá ao serviço aprovado o SELO DE QUALIDADE, com validade de dois anos, que poderá ser utilizado pelo SPIH em seu material gráfico e/ou de divulgação, desde que esteja evidente o período de validade. As peças de divulgação do SELO DE ACREDITAÇÃO são constituídas por: diploma, placa autenticada e cartazes comprobatórios.

I. CONDIÇÕES PARA SOLICITAÇÃO DO ACREDITAÇÃO

1. Somente poderão candidatar-se ao ACREDITAÇÃO os SPIHs:

- a)** Cujo sócio proprietário (pelo menos um) e o médico responsável sejam associados à SBIm e estejam quites com as anuidades pagas à instituição.
- b)** Que já estejam em funcionamento e atendendo ao público.

2. Para solicitar o ACREDITAÇÃO é necessário:

- a)** Enviar à SBIm, ou à sua regional, a solicitação de ACREDITAÇÃO, acompanhada das declarações, rotinas e documentos considerados mínimos nesse edital para o acreditação.
- b)** Enviar vídeo mostrando detalhadamente: a fachada; as sala(s) de recepção e de espera; o(s) consultório(s) de atendimento aos pacientes; a(s) sala(s) destinada(s) exclusivamente aos procedimentos relativos à vacinação; o(s) sanitário(s) destinado(s) ao uso dos clientes e funcionários; f) o(s) refrigerador(es) utilizados para a conservação dos imunobiológicos.
- c)** Preencher o roteiro de supervisão anexo a esse edital.

II. RELAÇÃO DE INFORMAÇÕES E DOCUMENTOS QUE PRECISAM SER APRESENTADOS PARA O ACREDITAÇÃO

1. Informações básicas

- a) Dados do Serviço Privado de Imunizações Humana (SPIH).
- b) Razão social do SPIH.
- c) Nome fantasia do SPIH.
- d) Endereço completo do SPIH.
- e) Horário de funcionamento do SPIH.
- f) Nome completo, CPF e Identidade do sócio proprietário (sócio da SBIm).
- g) Nome completo, CPF, Identidade e CRM do médico responsável técnico do SPIH (sócio da SBIm).
- h) Planta baixa da clínica.
- i) Número do CNES ou número do registro junto ao Programa Nacional de Imunizações (PNI).

2. Declarações

- a) Declaração de que o SPIH cumpre todas as exigências da Portaria Conjunta No. 1, de 2 de agosto de 2000, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), assinada pelo sócio proprietário e pelo médico responsável.
- b) Declaração de que o SPIH está ciente da resolução 1974/11 do Conselho Federal de Medicina que estabelece os critérios norteadores da propaganda em medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria, assinada pelo sócio proprietário e pelo médico responsável.
- c) Declaração de que aplica ou não a vacina contra febre amarela assinada pelo sócio proprietário e pelo médico responsável.
- d) Declaração se faz vacinação extramuros.
- e) Declaração de que está ciente das normas dos Conselhos profissionais para o exercício profissional de cada profissional envolvido na atividade do SPIH.
- f) Declaração de veracidade de todas as informações e documentos enviados à Comissão de Acreditação da Sbm.

3. Cópia autenticada da documentação a ser apresentada

- a) Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica do SPIH.
- b) Alvará de licença de funcionamento fornecido pela prefeitura do município.
- c) Licença Sanitária fornecida pela Vigilância Sanitária da prefeitura do município para atividade de vacinação humana.
- d) Certificado de Responsabilidade Técnica (CRT) fornecido pelo Conselho Regional de Medicina da respectiva Unidade da Federação.
- e) Certificado de Inscrição de Empresas fornecido pelo Conselho Regional de Medicina da respectiva Unidade da Federação.
- f) Certificado de credenciamento junto à Coordenação de Imunizações municipal.

4. Informações Gerais

- a) Nome, categorização técnica e registro profissional de todos os profissionais que trabalham no SPIH.
- b) Relação dos profissionais que trabalham no SPIH e são sócios da SBIm.
- c) Relação dos imunobiológicos disponibilizados aos clientes, especificando nome, fabricante e formas de apresentação.
- d) Relação dos fornecedores dos quais adquire os imunobiológicos.
- e) Relação de equipamentos da cadeia de frio especificando suas características técnicas.

5. Rotinas a serem descritas

- a) Rotina de procedimentos para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde do SPIH.
- b) Normas de biossegurança e controle de infecção hospitalar.
- c) Rotina de procedimentos para a cadeia de frio e para as situações em caso de falta de energia elétrica ou pane nos equipamentos de refrigeração.
- d) Rotina de procedimentos no atendimento e na administração de vacinas.
- e) Rotina de procedimentos no atendimento de emergência.
- f) Procedimentos para notificação de eventos adversos e preenchimento da ficha de notificação.

6. Impressos a serem apresentados

- a) Cópia de todos os impressos utilizados pelo SPIH: caderneta de vacinação fornecida aos pacientes, folhetos para divulgação e outros.
- b) Ficha de paciente (com dados solicitados).

III. PROCEDIMENTOS DA SBIm RELATIVOS AO ACREDITAÇÃO

1. Os pedidos de ACREDITAÇÃO dos SPIHs deverão ser encaminhados à sede nacional da SBIm: Rua Luís Coelho, 308 – 5º andar – Cj 54 – CEP: 01309-902 – São Paulo – SP – Caixa Postal: 3124.
2. A análise dos pedidos de ACREDITAÇÃO dos SPIHs será efetuada no prazo máximo de 60 (sessenta dias) contados a partir da data de recebimento da solicitação.
3. A análise do pedido de ACREDITAÇÃO será feita pela comissão de acreditação, composta por seis membros indicados pelo presidente e cujo anonimato será preservado.
4. A Comissão poderá pedir informações adicionais aos responsáveis pelo SPIH, circunstância em que o prazo de resposta por parte da SBIm será protelado.
6. O SPIH deverá providenciar o pagamento à SBIm de taxa correspondente a R\$ 500,00 (quinhentos reais) para cobertura de despesas relativas à documentação (diploma, placa e cartazes) do ACREDITAÇÃO, assim que receber a confirmação da aprovação de seu ACREDITAÇÃO.
7. O diploma, a placa e os cartazes comprobatórios do ACREDITAÇÃO, assim com o selo a ser utilizado em documentos e site, serão enviados aos SPIH tão logo tenha sido feito à SBIm o pagamento da taxa informada no item 6.
8. O período de validade do ACREDITAÇÃO será de 2 (dois) anos; transcorrido esse prazo, outro processo de

avaliação será efetuado pela SBIm, para análise de concessão do ACREDITAÇÃO para os dois anos subsequentes, mediante nova solicitação do SPIH encaminhada à SBIm.

IV. SUSPENSÃO DO ACREDITAÇÃO

O ACREDITAÇÃO poderá ser suspenso pela SBIm, após análise por parte de sua Comissão de Acreditação, que disporá de 30 (trinta) dias para emitir seu parecer, mediante a identificação ou comprovação de denúncias relativas a:

- a.** infrações éticas;
- b.** infrações na qualidade do atendimento;
- c.** infrações técnicas;
- d.** não cumprimento da legislação vigente mencionada neste edital.

O SPIH envolvido será informado das denúncias e/ou irregularidades pela Comissão de Acreditação e terá prazo concedido para pleno direito de defesa das acusações que lhe forem feitas, antes da suspensão do acreditação.

São Paulo, 1º de março de 2013.

Renato de Ávila Kfour
Presidente SBIm

Miriam Martho de Moura
Primeira Secretária SBIm

ROTEIRO DE SUPERVISÃO

A ser preenchido para a solicitação do ACREDITAÇÃO da SBIm

Nome do SPIH: _____

Nome e função do responsável pelo preenchimento: _____

CRM ou COREN do responsável pelo preenchimento: _____

Data: _____

Orientações para o preenchimento:

1. assinalar **S** (sim); **N** (não) ou **N/A** (não se aplica)
2. * : cópia de documentos a serem enviados anexos a esse roteiro
3. ** : cópia de documentos a serem enviados anexos a esse roteiro com autenticação
4. é obrigatória a assinatura do:
 - a) sócio diretor;
 - b) médico responsável;
 - c) responsável pelo preenchimento.

I	Informações e documentações básicas
Razão Social	
Nome fantasia	
Endereço completo	
Horário de funcionamento	
Alvará de Funcionamento**	
Atividade:	
Validade:	
Data do início do funcionamento do SPIH:	

I**Informações e documentações básicas****Nome completo, CPF, RG dos sócios proprietários, além de CRM/COREN se forem pertencentes a estas categorias profissionais*****1**

NOME

CPF

RG

COREN / CRM

SÓCIO SBIIm

 SIM **NÃO****2**

NOME

CPF

RG

COREN / CRM

SÓCIO SBIIm

 SIM **NÃO****3**

NOME

CPF

RG

COREN / CRM

SÓCIO SBIIm

 SIM **NÃO****4**

NOME

CPF

RG

COREN / CRM

SÓCIO SBIIm

 SIM **NÃO****5**

NOME

CPF

RG

COREN / CRM

SÓCIO SBIIm

 SIM **NÃO****6**

NOME

CPF

RG

COREN / CRM

SÓCIO SBIIm

 SIM **NÃO****7**

NOME

CPF

RG

COREN / CRM

SÓCIO SBIIm

 SIM **NÃO****8**

NOME

CPF

RG

COREN / CRM

SÓCIO SBIIm

 SIM **NÃO**

I	Informações e documentações básicas			
9	NOME			
	CPF		RG	
	COREN / CRM			
	SÓCIO SBIIm	() SIM () NÃO		
10	NOME			
	CPF		RG	
	COREN / CRM			
	SÓCIO SBIIm	() SIM () NÃO		
Nome completo, CRM, CPF do médico responsável técnico				
Nome				
CRM*				
CPF				
SÓCIO SBIIm	() SIM () NÃO			
Registro do SPIH junto ao CRM*				
Nº				
Validade				
Última anuidade do Registro da Clínica junto ao CRM*				
Validade				
Anotação de Responsabilidade Técnica junto ao CRM*				
Validade				
Última anuidade do registro do responsável técnico junto ao CRM*				
Validade				
Nome completo, COREN, CPF do enfermeiro técnico responsável (se existir)				
NOME				
COREN				
CPF				
SÓCIO SBIIm	() SIM () NÃO			
Inscrição no CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica)*				
Nº				
Inscrição Municipal*				
Nº				

I		Informações e documentações básicas
Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)* – caso se aplique		
Nº		
Licença Sanitária Atualizada fornecida pela Vigilância Sanitária do Município**		
Validade		
Parecer favorável emitido pelo setor da Secretaria de Saúde Estadual ou Municipal, responsável pelo Programa Nacional de Imunizações**		

II		Relação dos Fornecedores dos Imunobiológicos
1	Nome	
	CNPJ	
2	Nome	
	CNPJ	
3	Nome	
	CNPJ	
4	Nome	
	CNPJ	
5	Nome	
	CNPJ	
6	Nome	
	CNPJ	
7	Nome	
	CNPJ	
8	Nome	
	CNPJ	
9	Nome	
	CNPJ	
10	Nome	
	CNPJ	
Obs.: a comissão avaliadora poderá, se achar necessário, solicitar documentação de fornecedores.		

III	Informações Gerais	S	N	N/A
Planta Baixa.*				
Notas fiscais de compra de imunobiológicos arquivadas.				
Notas fiscais arquivadas dos últimos 5 anos ou desde o início do funcionamento.				
Carimbo ou adesivo utilizado para registro das vacinas em carteira de vacinação com número do registro na coordenação de imunizações municipal ou número do CNES do SPIH.				
Realiza vacinação extramuros.				
Aplica vacina da febre amarela.				
Credenciamento da Anvisa para administração da vacina de febre amarela - anexar relação do site da Anvisa com nome do SPIH grifado.				

IV	Recursos Humanos			
Nome, categoria e registro no Conselho profissional correspondente de todos os funcionários da área de saúde (com anuidade em dia)				
1	Nome			
	Categoria			
	Coren/CRM	Anuidade em dia	S() N()	
	Carteira de vacinação com SCR / FLU / HB / dT ou dTpa			S() N()
2	Nome			
	Categoria			
	Coren/CRM	Anuidade em dia	S() N()	
	Carteira de vacinação com SCR / FLU / HB / dT ou dTpa			S() N()
3	Nome			
	Categoria			
	Coren/CRM	Anuidade em dia	S() N()	
	Carteira de vacinação com SCR / FLU / HB / dT ou dTpa			S() N()
4	Nome			
	Categoria			
	Coren/CRM	Anuidade em dia	S() N()	
	Carteira de vacinação com SCR / FLU / HB / dT ou dTpa			S() N()

IV	Recursos Humanos			
5	Nome			
	Categoria			
	Coren/CRM		Anuidade em dia	S() N()
	Carteira de vacinação com SCR / FLU / HB / dT ou dTpa			S() N()
6	Nome			
	Categoria			
	Coren/CRM		Anuidade em dia	S() N()
	Carteira de vacinação com SCR / FLU / HB / dT ou dTpa			S() N()
7	Nome			
	Categoria			
	Coren/CRM		Anuidade em dia	S() N()
	Carteira de vacinação com SCR / FLU / HB / dT ou dTpa			S() N()
8	Nome			
	Categoria			
	Coren/CRM		Anuidade em dia	S() N()
	Carteira de vacinação com SCR / FLU / HB / dT ou dTpa			S() N()
9	Nome			
	Categoria			
	Coren/CRM		Anuidade em dia	S() N()
	Carteira de vacinação com SCR / FLU / HB / dT ou dTpa			S() N()
10	Nome			
	Categoria			
	Coren/CRM		Anuidade em dia	S() N()
	Carteira de vacinação com SCR / FLU / HB / dT ou dTpa			S() N()
Obs.: se necessário, anexar folha com dados de mais funcionários.				

V	Rotinas Descritas	S	N	N/A
	Procedimentos para o gerenciamento de resíduos do SPIH.*			
	Normas de biossegurança e controle de infecção hospitalar.*			
	Procedimentos para a cadeia de frio e para as situações em caso de falta de energia elétrica ou pane nos equipamentos de refrigeração.*			
	Procedimentos para atendimento e administração de vacinas.			
	Procedimentos para atendimento de emergência.*			
	Procedimentos para notificação de eventos adversos e preenchimento da ficha de notificação.*			
	Procedimentos para atendimento de acidente com material perfurocortante.*			
	Procedimentos para extramuros.			
	Outras rotinas:			

VI		Recepção	S	N	N/A
Ambiente					
Condições para que os pacientes aguardem sentados.					
Boas condições gerais de higiene e limpeza.					
Superfícies revestidas com material liso, impermeável, resistente a produtos de limpeza, livre de trincas, rachaduras e umidade:					
1	Piso				
2	Paredes				
3	Teto				
4	Mobiliário				
Portas e janelas de superfícies lisas, impermeáveis, ajustadas aos batentes e em bom estado de conservação.					
Iluminação natural e/ou artificial suficiente e em bom estado de conservação.					
Ventilação natural e/ou artificial que possibilitem conforto térmico.					
Em caso de ventilação artificial, a limpeza e a manutenção do sistema são realizadas de acordo com a periodicidade recomendada pelo fabricante.					
Sinalização “Proibido Fumar”.					
Ausência de material e caixas no chão.					
Bebedouro bem conservado e limpo.					
Copos de água em suporte próprio.					
Brinquedos não laváveis.					
Brinquedos laváveis e em bom estado de conservação.					
Extintor de incêndio dentro da validade.					
Licença sanitária fixada em local visível.					
Calendários vacinais da SBIm fixados em local visível (adulto e criança).					

VI	Recepção	S	N	N/A
Impressos				
Carteiras de vacinação para adultos e crianças utilizadas pelo SPIH.*				
Ficha de notificação de eventos adversos.				
Outros.				
Rotinas administrativas e outras				
Sistema informatizado.				
Registro para o controle de estoque de vacinas.				
Registro para o controle de doses aplicadas.				
Cadastro completo de cada paciente, com registro do atendimento em ficha individual que inclua: identificação completa, vacinas aplicadas (com lotes), data do próximo retorno.				
Sistema para convocação de faltosos.				
Sistema de registro para os eventos adversos.				

VII	Sanitários	S	N	N/A
Adaptação para cadeirante.				
Boas condições de higiene e limpeza.				
Esgoto com ralo sifonado e com tampa giratória.				
Vaso sanitário em boas condições de manutenção e limpeza.				
Lavatório em boas condições de manutenção e limpeza.				
Dispensador de parede para sabonete líquido.				
Suporte para toalha de papel.				
Lixeira de pedal.				

VII		Sanitários	S	N	N/A
		Porta com sinalização.			
		Ausência de material e caixas no chão.			
Superfícies revestidas com material liso, impermeável, resistente a produtos de limpeza, livre de trincas, rachaduras e umidade:					
1		Piso			
2		Paredes			
3		Teto			

VIII		Sala de Vacinação	S	N	N/A
Tamanho da sala de vacinação: _____ m ² (mínimo 6m ²)					
Ambiente					
		Boas condições de higiene e limpeza.			
		Ausência de quadros, cortinas, estantes com objetos e livros, plantas.			
		Piso liso, impermeável, resistente a produtos de limpeza, livre de trincas, rachaduras e umidades.			
Superfícies revestidas com material liso, impermeável, resistente a produtos de limpeza, livre de trincas, rachaduras e umidade:					
1		Paredes			
2		Pisos			
3		Teto			
		Portas e janelas de superfícies lisas, impermeáveis, resistentes a produtos de limpeza, ajustadas aos batentes e em bom estado de conservação.			
		Iluminação natural, sem incidência direta de raios solares sobre os equipamentos da cadeia de frio. Iluminação artificial suficiente para o conforto visual.			
		Ventilação natural e/ou artificial que possibilitem conforto térmico.			
		Em caso de ventilação natural: presença de tela nas janelas			
		Em caso de ventilação artificial: ventilador			
		Em caso de ventilação artificial: ar condicionado			
		Em caso de ventilação artificial, limpeza e manutenção do sistema são realizadas de acordo com a periodicidade recomendada pelo fabricante			

VIII	Sala de Vacinação	S	N	N/A
Mobiliário com superfície lisa, impermeável, resistente a produtos de limpeza e em bom estado de conservação.				
1	Cadeira			
2	Maca			
3	Bancada com pia			
Torneira com água corrente.				
Medicamentos e equipamentos para atendimento de emergência (anafilaxia) – descrever abaixo:				
Rotina do SPIH (impressa) para atendimento de emergência (anafilaxia) em local visível e próximo à medicação.				
Rotina do SPIH (impressa) para atendimento de acidente perfurocortantes em local visível ou de fácil acesso.				
Suporte para toalha de papel.				
Dispensador de parede para sabonete líquido.				
Lixeira com pedal e saco de lixo leitoso para lixo comum.				
Caixa para descarte de material perfurocortante afixado acima da bancada e sem contato com a mesma.				
Ausência de material e caixas no chão.				
Brinquedos não laváveis.				
Brinquedos laváveis e em bom estado de conservação.				
Armário com porta e/ou gavetas para armazenamento do material descartável.				
Material de suporte				
Material para administração de imunobiológicos em local de fácil acesso.				
Materiais descartáveis: seringas e agulhas diferentes tamanhos e na validade.				
Almotolia descartável com álcool 70% datada e fechada.				
Algodão seco e armazenado de forma adequada.				
Gelo reciclável em quantidade suficiente para estoque na falta de luz ou pane do refrigerador.				

VIII	Sala de Vacinação	S	N	N/A
Isopores em número suficiente para estoque na falta de luz ou pane do refrigerador.				
Equipamentos				
Refrigeradores em número suficiente para armazenamento dos imunobiológicos				
Freezer:				
Tipo	Vertical () Qtde: ____ Horizontal () Qtde: ____			
(ANEXAR DESCRIÇÃO DE CADA FREEZER - marca, capacidade) com foto interna e externa.*				
Geladeiras / câmaras:				
Geladeira doméstica de uso exclusivo Quantidade: _____				
Câmara específica para vacinas Quantidade: _____				
(ANEXAR DESCRIÇÃO DE CADA REFRIGERADOR DOMÉSTICO ou CÂMARA com marca, capacidade, alarme e discadora instalados, no break ou gerador)* – com foto interna e externa.				
Mapa para controle diário de temperatura, fixado na lateral do equipamento, com registro mínimo da temperatura aferido duas vezes ao dia (no início e no fim da jornada) em cada refrigerador e/ou câmara.				
Arquivo dos mapas de temperatura com as temperaturas aferidas nos últimos seis meses.				
Termômetro de temperatura máxima e mínima e do momento.				
Tipo do termômetro de máxima e mínima: Digital () Manual ()				
Outros termômetros (especificar).				
Logger – marca.				
Calibração.				
Organização interna dos refrigeradores (se domésticos):				
1	Presença de gelo reciclável no congelador, ocupando todo o espaço na posição vertical, porém com intervalos que permitam circulação de ar.			
2	1ª prateleira: vacinas atenuadas (BCG, SCR, febre amarela, varicela e SCR.V).			
3	2ª prateleira: vacina rotavírus e vacinas inativadas (DTPa, dTpa e combinações, polio inativada, febre tifoide, raiva, cólera, dT, ATT, hepatites, Hib, influenza, pneumocócicas, meningocócicas, HPV).			
4	3ª prateleira: vacina rotavírus e vacinas inativadas (DTPa, dTpa e combinações, polio inativada, febre tifoide, raiva, cólera, dT, ATT, hepatites, Hib, influenza, pneumocócicas, meningocócicas, HPV).			
5	Gavetas plásticas ou tampas de gavetas retiradas.			
6	Espaço inferior preenchido com garrafas de água com corante ou marcadas com “impróprio para uso”.			

VIII	Sala de Vacinação	S	N	N/A
7	Vacinas distantes do fundo e laterais do refrigerador.			
8	Manutenção de espaço entre as vacinas dentro do refrigerador.			
Cuidados com equipamentos de refrigeração (domésticos ou câmaras):				
1	Equipamentos distantes de fonte de calor (estufa, autoclave e raios solares).			
2	Fonte de energia elétrica (tomada) de uso exclusivo para cada equipamento.			
3	Em caso de geladeira doméstica: registro de limpeza conforme normas do MS (quinzenalmente ou se há formação de camada de gelo).			
4	Disjuntor exclusivo para os equipamentos de refrigeração.			

IX	Gerenciamento dos Resíduos de Saúde	S	N	N/A
Descarte de materiais e destino dos resíduos:				
1	Rotinas para gerenciamento dos resíduos em local de fácil acesso.			
2	Recipientes para descarte de material perfurocortante.			
3	Recipientes para descarte de material perfurocortante preenchidos até 2/3 da capacidade.			
Resíduos infectantes:				
1	Acondicionados em saco plástico branco leitoso, padronizado pela ABNT-NBR 9191/2008 disposto em lixeira com tampa e pedal.			
2	Coleta seletiva de resíduo infectado.			
Resíduos não infectantes:				
1	Dispostos em lixeiras com tampa e pedal.			
2	Embalados em sacos plásticos de uso domiciliar.			
Resíduos Especiais:				
DESCARTE DO MATERIAL BIOLÓGICO: Segundo normas para inutilização de imunobiológicos.				

X	Material para Vacinação Extramuros	S	N	N/A
Caixas térmicas para o transporte de vacinas:				
Tipo:	Capacidade:	Quantidade:		
Tipo:	Capacidade:	Quantidade:		
Tipo:	Capacidade:	Quantidade:		
Termômetro de máxima e mínima:				
Tipo: Manual () Quantidade () Digital () Quantidade ()				
Logger : quantidade ()				
Almotolia com álcool 70.				
Recipiente para algodão seco.				
Kit com medicação para atendimento de urgência (anafilaxia).				
Recipiente para descarte de material perfurocortante.				
Saco plástico (branco leitoso) para lixo contaminado.				
Saco para lixo comum.				
Material descartável (seringas e agulhas descartáveis).				
Comprovantes de vacinação.				
Campo para vacinação extramuros.				

XI	Consultório	S	N	N/A
Tamanho do consultório: _____m² (mínimo 7,5 m²)				
Boas condições de higiene e limpeza.				
Ausência de cortinas, estantes com objetos e livros, vasos de plantas, aquários abertos e outros objetos de difícil higienização.				
Quadros nas paredes de fácil limpeza.				
Superfícies revestidas com material liso, impermeável, resistente a produtos de limpeza, livre de trincas, rachaduras e umidade:				
1	Piso			
2	Paredes			
3	Teto			

XI	Consultório	S	N	N/A
Portas e janelas de superfícies lisas, ajustadas aos batentes e em bom estado de conservação.				
Iluminação natural, sem incidência direta de raios solares sobre os equipamentos da cadeia de frio. Iluminação artificial suficiente para o conforto visual.				
Ventilação natural ou artificial que possibilite conforto térmico.				
Em caso de ventilação artificial, a limpeza e a manutenção do sistema são feitos na periodicidade recomendada pelo fabricante.				
Mobiliário com superfície lisa, impermeável, resistente a produtos de limpeza e em bom estado de conservação:				
1	Cadeiras			
2	Macas			
3	Mesa			
4	Armários			
Presença de pia.				
Torneira com água corrente.				
Suporte para toalha de papel.				
Dispensador de parede para sabonete líquido.				

XII	Sala da Administração (se existir)	S	N	N/A
Boas condições de higiene e limpeza.				
Ausência de material e caixas no chão.				
Quadros nas paredes de fácil limpeza.				
Superfícies revestidas com material liso, impermeável, resistente a produtos de limpeza, livre de trincas, rachaduras e umidade:				
1	Piso			
2	Paredes			
3	Teto			
4	Mobiliário			
Portas e janelas de superfícies lisas, impermeáveis, resistentes aos produtos de limpeza, ajustadas aos batentes e em bom estado de conservação.				

XII	Sala da Administração (se existir)	S	N	N/A
Iluminação natural e/ou artificial suficiente e em bom estado de conservação.				
Ventilação natural ou artificial adequada para as atividades realizadas.				
Em caso de ventilação artificial, a limpeza e a manutenção do sistema são feitas na periodicidade recomendada pelo fabricante.				
Área apropriada para material de limpeza.				

XIII	Almoxarifado (se existir)	S	N	N/A
Boas condições de higiene e limpeza.				
Ausência de material e caixas no chão.				
Superfícies revestidas com material liso, impermeável, resistente a produtos de limpeza, livre de trincas, rachaduras e umidade:				
1	Piso			
2	Paredes			
3	Teto			
4	Mobiliário			
Portas e janelas de superfícies lisas, laváveis, ajustadas aos batentes e em bom estado de conservação.				
Iluminação natural e/ou artificial suficiente e em bom estado de conservação.				
Ventilação artificial ou natural que possibilite conforto térmico.				
Em caso de ventilação artificial, a limpeza e a manutenção do sistema são feitas na periodicidade recomendada pelo fabricante.				