

## ROTEIRO DE VISTORIA – HANSENOLOGIA – TIPO I

DATA DA FISCALIZAÇÃO	HORARIO DE INÍCIO	HORARIO DE TÉRMINO
____/____/____	____:____	____:____

### Equipe de Fiscalização

Nome*:	Cargo*:
Nome do responsável pelas informações:	Cargo:

**\*O sistema permite o acréscimo de mais linhas.**

### 1- Classificação dos serviços\*

- Consultório
  - Isolado  Pertencente a instituição
- Posto de Saúde
- Centro de Saúde / Unidade Básica de Saúde / PSF ( ) 1.1 Unidade de zona urbana ( ) 1.2 Unidade de zona rural e ( ) 1.3 Unidade fluvial
- Policlínica (Ambulatório)
  - Isolado  Pertencente a instituição

**\*Glossário sobre a classificação dos estabelecimentos**

### Especialidades e Porte

Especialidade	( )Tipo I ( )Tipo 2	<b>Área de atuação:</b>
Sem Especialidade	( )Tipo I ( )Tipo 2	Atua na área de:

## DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO

### 2 – INFORMAÇÕES GERAIS - Pessoa Física\*

( )Único	( )Compartilhado (Relacionar médicos)
Nº CRM/ UF:	
Nome(s):	
Especialidade/ RQE:	
CNES:	
CEP:	Endereço:

## ROTEIRO DE VISTORIA – HANSENOLOGIA – TIPO I

Bairro:	Município:	Estado:	
Telefone: ( )	Fax: ( )		
E-mail:	Site:		
Alvará Sanitário: ( ) SIM ( ) NÃO	Referente ao exercício de:		
Funcionamento da unidade (Propaganda e publicidade)	Dias da Semana:	Horário:	Observação*
	segunda-feira	__ : __ às __ : __	
	terça-feira	__ : __ às __ : __	
	quarta-feira	__ : __ às __ : __	
	quinta-feira	__ : __ às __ : __	
	sexta-feira	__ : __ às __ : __	
	Sábado	__ : __ às __ : __	
domingo	__ : __ às __ : __		

**\*Informações adicionais.**

2 – INFORMAÇÕES GERAIS - Pessoa Jurídica			
( ) Matriz	( ) Filial	Nº CRM:	CNPJ:
Razão Social:		Nome Fantasia:	
CEP:	Endereço:		
Bairro:	Município:	Estado:	
Telefone: ( )	Fax: ( )		
E-mail:	Site:		
Diretor Técnico:		Nº do CRM/UF:	
Alvará Sanitário: ( ) SIM ( ) NÃO	Referente ao exercício de:		
Objeto social:			
Houve alteração do contrato social ( ) SIM ( ) NÃO		Se positivo. Registrado no CRM( ) SIM ( ) NÃO**	
Funcionamento da unidade (Propaganda e publicidade)	Dias da Semana:	Horário:	Observação*
	Segunda-feira	__ : __ às __ : __	
	Terça-feira	__ : __ às __ : __	
	Quarta-feira	__ : __ às __ : __	
	Quinta-feira	__ : __ às __ : __	
	Sexta-feira	__ : __ às __ : __	
	Sábado	__ : __ às __ : __	
Domingo	__ : __ às __ : __		

## ROTEIRO DE VISTORIA – HANSENOLOGIA – TIPO I

**\*Informações adicionais.**

**\*\*Notificação obrigatória da alteração (Formulário padronizado do CFM)**

3 – NATUREZA DO SERVIÇO			
<input type="checkbox"/> PÚBLICO	<input type="checkbox"/> PRIVADO	<input type="checkbox"/> GESTÃO	<input type="checkbox"/> ENSINO
<input type="checkbox"/> Municipal	<input type="checkbox"/> Filantrópico	<input type="checkbox"/> OS	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Beneficente	<input type="checkbox"/> OCIP	<input type="checkbox"/> NAO
<input type="checkbox"/> Federal	<input type="checkbox"/> Lucrativo	<input type="checkbox"/> Publica	<b>Atende normas MEC e MS:</b>
<input type="checkbox"/> Universitário	<input type="checkbox"/> Universitário	<input type="checkbox"/> Privada	

4 – ABRANGÊNCIA DO SERVIÇO			
<b>Intermunicipal :</b> <input type="checkbox"/> micro-regional <input type="checkbox"/> macro-regional	<input type="checkbox"/> Nacional	<input type="checkbox"/> Municipal	
	<input type="checkbox"/> Estadual/ Distrital	<input type="checkbox"/> Interestadual - Fronteiras	
É referência em especialidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is)?			

5 – TIPOS DE ATENDIMENTO			
<input type="checkbox"/> SUS	<input type="checkbox"/> Particular	<input type="checkbox"/> Convênio Próprio	<input type="checkbox"/> Convênios (*Anexo – requisitar lista de convênios e dar prazo e comparar com os convênios registrados no conselho)
Inserir rol apresentado pelo estabelecimento.			

**\*Pede modelo de notificação padronizado pelo CFM (Jurídico)**

6 – EQUIPE MEDICA						
<b>Equipe médica</b>						
Nº de médicos:					<b>QUITE COM O CRM</b>	
<b>CRM/UF</b>	<b>NOME</b>	<b>VINCULO*</b>	<b>ESPECIALIDADE - Nº RQE</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	
* ( 1 ) CLT    ( 2 ) Estatutário    ( 3 ) <i>Pro labore</i> (autônomo)    ( 4 ) Empresas (terceirizados)    (5) Outros						

## ROTEIRO DE VISTORIA – HANSENOLOGIA – TIPO I

<b>7 - ORGANIZAÇÃO (Pessoa Física e Jurídica)</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
7.1 As consultas são agendadas antecipadamente			
7.2 Há termo de consentimento esclarecido			
7.3 Os exames físicos são acompanhados por auxiliar de sala? (Recomendação)			

<b>8 - PRODUÇÃO MÉDICA MENSAL</b>			
Número de consultas médicas	Dia:	Mês:	Ano:

<b>PUBLICIDADE</b>	
Publicidade externa? ( ) Sim ( ) Não	Nome Diretor técnico e CRM (somente quando CNPJ): ( ) Sim ( ) Não
A Unidade segue as normas da CODAME: ( ) Sim ( ) Não	
Anuncia em: ( ) Cartão de visitas ( ) Fachada ( ) Folder ( ) Mídia TV/RÁDIO ( ) Meio digital	
Atende res. CFM e CRM? ( ) Sim ( ) Não	Se não, porque?

<b>PROPAGANDA</b>
Aguardando definição

<b>PROMOÇÃO</b>
<b>RDC 96/2008</b> - Propaganda - Nova norma. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº96, de 2008. Diário Oficial da União nº 246, de 18 de dezembro de 2008

<b>9 - Divulgação</b>		
Divulgação de assuntos Médicos	( )SIM ( )NÃO	
Está de acordo com as resoluções do CFM e CRM .	( )SIM ( )NÃO	Se não, por quê?

## ROTEIRO DE VISTORIA – HANSENOLOGIA – TIPO I

### AMBIENTE

<b>10 – ACESSIBILIDADE</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
10.1 A Unidade possui fluxo de atendimento adequado			
10.2 Fluxo/rampas/elevadores/largura das portas permite livre circulação de deficientes, conforme RDC 50/2002?			
<b>11 - AMBIENTES E ESTRUTURA FÍSICA</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>OBSERVAÇÃO</b>
11.1 Sala de espera com bancos ou cadeiras apropriadas			
11.2 Área para registro de pacientes (Recepção)			
11.3 Sala de atendimento médico (Consultório) <a href="#">nas metragens determinadas pela Anvisa com mesa e espaço adequado ao exame físico dermatoneurológico</a>			
11.4 Sanitários para pacientes			
11.5 Há WC adaptados para os deficientes?			
11.6 Sala ou armário de depósito de material de limpeza – DML			
<b>11.7 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS ESTRUTURAIS</b>			
02 cadeiras - uma para o paciente e outra para o acompanhante			
01 cadeira para o médico			
01 mesa/birô			
01 maca acolchoada simples, revestida com material impermeável, com lençol			
01 escada de 2 ou 3 degraus para acesso dos pacientes à maca			
01 local com chave para a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial			
01 pia ou lavabo			
Toalhas de papel/ sabonete líquido para a higiene			
Lixeiras com pedal			
Lençóis para as macas			
<b>11.8 MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DE USO DIÁRIO</b>			
01 Esfigmomanômetro			
01 Estetoscópio clínico			
01 Termômetro			
01 Martelo para exame neurológico			
01 Lanterna (com pilhas)			
Abaixadores de língua descartáveis			
Luvas descartáveis (opcional)			

## ROTEIRO DE VISTORIA – HANSENOLOGIA – TIPO I

01 Negatoscópio			
01 Otoscópio			
01 Balança antropométrica adequada à faixa etária			
01 Fita métrica plástica flexível inelástica			
Oftalmoscópio (opcional)			
Conjunto de monofilamentos de Semmens-Weinstein			
Fio dental, macio e sem sabor			

12 - PRONTUARIO	OBSERVAÇÃO
( )Meio físico ( )Eletrônico	
Arquivo médico: ( ) Individual ( ) Compartilhado	
Guarda: ( ) Consultório ( ) Área comum ( ) SAME	
Segue normas do CFM e CRM de preenchimento, guarda e liberação: ( ) SIM ( ) NAO	

13 – FORMULÁRIOS	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
13.1 Receituário comum   ( ) Meio físico ( ) Informatizado			
13.2 Notificação de receita de controle especial			
13.3 Notificação de receita B e B2			
13.4 Notificação de receita A			
13.5 Formulários de Notificação de Agravos Compulsórios			
13.6 Requisição de Exames Complementares e Procedimentos			
13.7 Atestados Médicos   ( ) Meio físico ( ) Informatizado			

14 – HIGIENE	SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO
Higiene, iluminação e aeração adequados (RDC 50/2002 – ANVISA)			
Coleta seletiva de lixo (opcional)			
Material de limpeza			