



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENAÇÃO DOS INSTITUTOS DE PESQUISA

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



ROTEIRO BÁSICO DE INSPEÇÃO ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

IDENTIFICAÇÃO		
1.DIR _ _ NRS _ MUN _ _ _ _ 2.LIC FUNC _____ 3.N°CAD _____		
4.NOME (ESTABELECIMENTO)_____		
5.ENDEREÇO:_____		

5.RESPONSÁVEL TÉCNICO_____ CROSP_____		

6. TIPO DE ESTABELECIMENTO :		
<input type="checkbox"/> consultório odontológico tipo I		
<input type="checkbox"/> consultório odontológico tipo II		
<input type="checkbox"/> clínica odontológica tipo I		
<input type="checkbox"/> clínica odontológica tipo II		
<input type="checkbox"/> clínica modular		
<input type="checkbox"/> instituto de radiologia odontológica		
<input type="checkbox"/> instituto de documentação odontológica		
<input type="checkbox"/> policlínica		
<input type="checkbox"/> policlínica de ensino		
7. Atendimento extra estabelecimento		
Tipo de atendimento	Sim	Não
Unidade transportável		
Unidade móvel		
Unidade portátil		
8. CARÁTER		
<input type="checkbox"/> PÚBLICO <input type="checkbox"/> PRIVADO		
9. ESTABELECIMENTO POSSUI APARELHO DE RAIOS X		

TIPO	SIM	NÃO	QUANTIDADE
INTRA ORAL			
EXTRA ORAL			

10. MOTIVO DA INSPEÇÃO:
 INICIAL
 ALTERAÇÃO
 ROTINA
 DENÚNCIA

Data da Inspeção: ___/___/___
 NOME DO INSPETOR _____

CREDENCIAL NÚMERO: _____

REQUISITOS IMPRESCINDÍVEIS

(O NÃO ATENDIMENTO DE QUALQUER DESTES REQUISITOS INDEFERE O LICENCIAMENTO)

I – ESTERILIZAÇÃO	SIM	NÃO
1. Realiza esterilização nos instrumentais que entram em contato com a cavidade bucal e com secreções corpóreas		
2. Possui equipamento para esterilização aprovado pela Legislação Sanitária		
() ESTUFA com controle de temperatura através de termômetro		
OU		
() AUTOCLAVE com controle de temperatura e pressão		
3. Obedece a relação de tempo e de temperatura preconizado pela Legislação		
II – CONDIÇÕES E QUANTIDADE DE INSTRUMENTAIS	SIM	NÃO
1. Instrumental cirúrgico em número suficiente para atendimento realizado diariamente		
2. Instrumental clínico em número suficiente para atendimento realizado diariamente		
3. Possui brocas em quantidade suficiente para os atendimentos diários		
III. DESINFECÇÃO PRÉVIA	SIM	NÃO
1 Desinfecção/descontaminação prévia com agente químico adequado antes da lavagem e da esterilização		
2 Obedece o tempo preconizado de imersão		
3 Observa o prazo de validade da solução		
IV – EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL	SIM	NÃO
1. Possui protetores oculares para toda a equipe de trabalho		
2. Possui máscaras para toda a equipe de trabalho		
3. Possui luvas para toda a equipe de trabalho		
4. Possui avental para toda a equipe de trabalho		

IV - SITUAÇÃO E CONDIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS	SIM	NÃO
1. Equipamentos de uso odontológico em estado condizentes com os procedimentos executados		
2. Compressor instalado fora da área de atendimento ou com proteção acústica		
3. Sugador de saliva a ar comprimido ou elétrico provido de pontas descartáveis		
V - SITUAÇÃO E CONDIÇÕES DA EDIFICAÇÃO	SIM	NÃO
1. Área de atendimento delimitada por parede ou divisória até o teto , com ligação de esgoto próprio para cada consultório		
2. Piso de material liso, resistente, e impermeável , que permita um completo processo de limpeza e descontaminação, sem a presença de descontinuidades tais como fendas ou rachaduras		
3. Paredes/divisórias com acabamento liso, de cores claras revestidas com tinta ou material que permita um completo processo de limpeza e desinfecção		
4. Ligação hidráulica com entrada e saída de água		
Total		

REQUISITOS NECESSÁRIOS

(Classifica o Estabelecimento pelo Grau de Risco à Saúde)

1. SITUAÇÃO E CONDIÇÕES DA EDIFICAÇÃO	SIM	NÃO
1.1. Sem a presença de focos de insalubridade (vasos ou aquários) na área de procedimentos		
1.2. Portas e janelas com superfície lisa, de fácil limpeza		
1.3. Iluminação que permite boa visualização do campo de trabalho		
1.4. Ventilação que oferece conforto térmico		
1.5 Encanamento hidráulico embutido ou protegido de forma a impedir retenção de sujeiras		
1.6 Lavatório com água corrente exclusivo para lavagem das mãos		
1.7 Instrumental lavado em lavatório distinto do destinado a lavagem das mãos		
1.7.1. Fora da área de atendimento clínico (Somente para clínicas odontológicas e clínicas modulares)		
1.8 Os lavatórios possuem sistema que impeça o contato direto das mãos com o registro da torneira		
1.9 Utiliza sabonete líquido		
1.9 Possui toalheiro de papel para secagem das mãos		
1.10. Área mínima adequada para atendimento, conforme tipo de estabelecimento (06 metros quadrados por cadeira)		
1.11. Área mínima adequada para recepção, conforme tipo de estabelecimento		

1.12. Instalações sanitárias com vasos sanitários e lavatórios em número suficiente, de acordo com o tipo de estabelecimento		
1.13. O estabelecimento possui aparelho de ar condicionado		
1.13.1 Os filtros aparelho são limpos regularmente		
2. SITUAÇÃO E CONDIÇÃO DOS EQUIPAMENTOS	SIM	NÃO
2.1. Cadeira odontológica em estado de uso , limpeza , e conservação condizentes com os procedimentos executados		
2.2. Mocho odontológico em estado de uso e de limpeza e conservação condizentes com os procedimentos executados		
2.3. Refletor odontológico em estado de uso e de limpeza condizentes com os procedimentos executados		
2.3.1 Com alça recoberta com protetor descartável		
2.4. Equipo odontológico em estado de funcionamento e limpeza condizentes com os procedimentos executado		
2.4.1 Recoberto com protetor descartável		
2.5 Cuspideira sem vazamento na junção nem ao longo do encanamento e com água corrente		
2.6 Aparelhos periféricos (amalgamador, ultra som, bisturi, etc) em condições de limpeza condizentes com os procedimentos executados		
Sub total (transportar para página seguinte)		

Sub total (transporte)		
3. PONTAS DE TRABALHO DO EQUIPO ODONTOLÓGICO	SIM	NÃO
3.1 Caneta de alta rotação com refrigeração e em estado de uso e de limpeza condizentes com os procedimentos executados		
3.2 Caneta de baixa rotação e contra-ângulo em estado de uso e de limpeza condizentes com os procedimentos executados		
3.3 Micromotor em estado de uso e de limpeza condizentes com os procedimentos executados		
3.4 Seringa tríplice em estado de uso e de limpeza condizentes com os procedimentos executados		
3.5 As pontas são protegidas com barreiras de proteção de material impermeável e de uso único		
4. ARMAZENAMENTO DOS INSTRUMENTAIS	SIM	NÃO
4.1. Mantidos em armário fechado e limpo após esterilização		
4.2.O prazo de validade da esterilização é observado		
5. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)	SIM	NÃO
5.1 Faz utilização dos EPI somente no local de		

atendimento		
6. MATERIAIS DE CONSUMO ODONTOLÓGICO		
6.1 Os materiais utilizados tem prazo de validade respeitados		
6.2 Os materiais utilizados tem registro no Ministério da Saúde		
7. SISTEMA DE ANOTAÇÕES (DADOS RELATIVOS AOS PACIENTES)		
7.1 Todos os pacientes atendidos tem o respectivo nome, idade e endereço anotados em fichas, livros ou através de informática		
8. TRATAMENTO E DESTINO DE RESÍDUOS E MOLDES PARA LABORATÓRIO	SIM	NÃO
8.1 Lixo contaminado colocado em saco plástico branco leitoso, Segundo norma ABNT		
8.2 Utiliza serviço especial de coleta de lixo		
8.3 Recipiente com paredes rígidas, rotulado como "contaminado", com tampa, para todo material pérfuro-cortante desprezado (agulha, lâminas de bisturi etc.)		
8.4 Lixo mantido em recipiente com tampa		
8.5 Moldes e modelos corretamente descontaminados para encaminhamento ao laboratório de prótese.		
8.6 Recipiente de vidro com tampa, contendo água no seu interior, para acondicionamento adequado de mercúrio residual.		
TOTAL		

AVALIAÇÃO DE RISCO

<p align="center">TOTAL DE REQUISITOS CLASSIFICADOS COMO "NÃO "</p> <p align="center">De 0 a 14 - BAIXO RISCO</p> <p align="center">De 15 A 41 - ALTO RISCO</p>
--

Parecer Técnico do Inspetor

A vista dos resultados obtidos o Estabelecimento é considerado de

Alto Risco

Baixo Risco