



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENAÇÃO DOS INSTITUTOS DE PESQUISA

**CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



## Estabelecimentos de Prótese Odontológica ROTEIRO BÁSICO DE INSPEÇÃO EM ESTABELECIMENTOS DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA

Para uso da Vigilância Sanitária DIR _____ NRS _____ Município _____ Licença _____
---

Nome do Estabelecimento: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
Nome do Responsável Técnico: \_\_\_\_\_  
Inscrição no CROSP: \_\_\_\_\_

Descrição	Sim	Não
1. Apresenta área física compatível		
As áreas físicas tem revestimentos de pisos e paredes que permitam a realização dos processos de descontaminação e limpeza		
2. Possui equipamentos de proteção para realização dos serviços		
3. Faz descontaminação dos moldes		
4. Faz registro dos serviços executados		
5. Possui pessoal auxiliar em número compatível com a área de atuação		
6. Equipamentos de gases combustíveis longe de áreas de calor		
7. Realiza atividades na área de resina		
8. Realiza atividades na área de metal		
9. Realiza atividades na área de cerâmica ou porcelana		
10. O estabelecimento é anexo a estabelecimento odontológico		
11. As instalações de equipamentos estão dentro de padrões de segurança para impedir queda ou outro tipo de acidente		
12. A relação de equipamentos entregues coincide com a inspeção		

Parecer técnico complementar (preencher se necessário)

---

---

---

---

---

À vista da inspeção o estabelecimento está:

- ( ) Apto para licenciamento e funcionamento  
( ) Não apto para licenciamento e funcionamento

Data: \_\_\_\_\_  
Nome do Inspetor: \_\_\_\_\_  
Credencial: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_