

# Formulário de Vistoria Técnica

## Hospital (Geral/Especializado/Retaguarda)

|                                                                                               |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Razão Social: <b>CLÍNICA OFTALMOLÓGICA VISARE LTDA</b>                                        | CNES: <b>3723860</b>                |
| Nome Fantasia: <b>VISARE HOSPITAL DE OLHOS</b>                                                | CNPJ: <b>07.454.808/0001-98</b>     |
| Endereço: <b>AV. WASHINGTON LUIZ, 763 – CENTRO, PRESIDENTE PRUDENTE</b>                       | UF: <b>SP</b> CEP: <b>19015-210</b> |
| E-mail: <b>faturamento2@visarehospitaldeolhos.com.br</b>                                      | Telefone: <b>(18) 3226-4323</b>     |
| Responsável Legal: <b>CLÁUDIO ROGÉRIO SOARES VIEIRA</b>                                       |                                     |
| Responsável Técnico e Registro Profissional: <b>CLÁUDIO ROGÉRIO SOARES VIEIRA – CRM 98065</b> |                                     |
| Responsável pelo Acompanhamento da Vistoria: <b>CRISTIANE FERREIRA DOS SANTOS</b>             |                                     |

|                      |                                                    |                       |                                                                                                                                                       |
|----------------------|----------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo da Vistoria | (X) Credenciamento/habilitação                     | Nível de Complexidade | (X) Baixa (X) Média ( ) Alta                                                                                                                          |
|                      | ( ) Inclusão de especialidade de alta complexidade | Atendimento           | ( ) SUS (X) Particular (X) Plano de Saúde                                                                                                             |
|                      | ( ) Monitoramento/Verificação de Inconformidade    | Porte do Hospital     | ( ) Porte I - menos de 50 leitos de internação<br>( ) Porte II - de 51 a 150 leitos de internação<br>( ) Porte III - mais de 151 leitos de internação |
|                      |                                                    | Leito                 | ( ) Apartamento ( ) Enfermaria ( ) UTI                                                                                                                |
|                      |                                                    | Terceirização         | ( ) Lab. Análises Clínicas ( ) Anatomopatologia<br>( ) Exames de imagem ( ) Demais SADT                                                               |

### Estrutura Geral

|                                                                  | Sim | Não | NA | Quantidade de Leitos               |    |
|------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|------------------------------------|----|
| Recepção com acessibilidade                                      | X   |     |    | Berçário                           | 00 |
| Possui serviço próprio de remoção                                |     | X   |    | Box de Emergência                  | 00 |
| Higienização compatível com a atividade desenvolvida             | X   |     |    | Centro Cirúrgico                   | 00 |
| Instalações sanitárias e anexos adequados e com acessibilidade   | X   |     |    | Centro Obstétrico                  | 00 |
| Os ambientes com placas sinalizadoras                            | X   |     |    | Hemodinâmica                       | 00 |
| Possui mecanismos de controle de acesso a pacientes e visitantes | X   |     |    | Internação em Alojamento Conjunto  | 00 |
| Possui gerador de energia que atenda toda a estrutura hospitalar |     | X   |    | Internação Clínica                 | 00 |
| Possui necrotério                                                |     |     | X  | Internação Cirúrgica               | 00 |
|                                                                  |     |     |    | Internação Obstétrica              | 00 |
|                                                                  |     |     |    | Internação Pediátrica              | 00 |
|                                                                  |     |     |    | Internação Psiquiátrica            | 00 |
|                                                                  |     |     |    | Isolamento em Apartamento          | 00 |
|                                                                  |     |     |    | Isolamento em UTI                  | 00 |
|                                                                  |     |     |    | Observação em Pronto-Socorro       | 00 |
|                                                                  |     |     |    | Sala de Recuperação Pós-Anestésica | 00 |
|                                                                  |     |     |    | Unidade Coronariana                | 00 |
|                                                                  |     |     |    | Unidade Intermediária/Semi-UTI     | 00 |
|                                                                  |     |     |    | UTI Adulto                         | 00 |
|                                                                  |     |     |    | UTI Neonatal                       | 00 |
|                                                                  |     |     |    | UTI Pediátrico                     | 00 |

### Berçário \*Pacientes sadios e cuidados intermediários

|                                                                                                                                                                                                                                         | Sim | Não | NA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Possui área de cuidados e higienização, 01 a cada 15 berços                                                                                                                                                                             |     |     | X  |
| Possui 01 ponto de oxigênio, 01 ponto de vácuo e 01 ponto de ar comprimido por incubadora, água quente e sistema elétrico especial                                                                                                      |     |     | X  |
| Possui materiais e equipamentos necessários como fototerapia com protetor ocular, berço de calor radiante, incubadoras, capacete para oxigênio, oxímetro de pulso, material de emergência para reanimação neonatal, berço de transporte |     |     | X  |

## Pronto Atendimento - Urgência e Emergência

Possui quantos consultórios médicos? NA

Informar a quantidade total de: Poltronas: 00 Macas: 00

|                                                                                                                    | Sim | Não | NA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Sala de espera para pacientes e acompanhantes                                                                      |     |     | X  |
| Possui acolhimento e/ou sala de classificação de risco com triagem pelo Enfermeiro                                 |     |     | X  |
| Possui sala de sutura/curativo com mobiliário, equipamentos e materiais necessários                                |     |     | X  |
| Possui sala de gesso com mobiliário, equipamentos e materiais necessários                                          |     |     | X  |
| Possui posto de enfermagem com área/ bancada destinada ao preparo de medicação (01 a cada 12 leitos de observação) |     |     | X  |

|                                                                                                                                                            | Sim | Não | NA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Possui sala de procedimentos invasivos, com área de escovação e disponibilidade de 02 pontos de oxigênio e 01 ponto de óxido nítrico                       |     |     | X  |
| Possui sala de observação pediátrica com banheiro, saída de oxigênio, equipamentos e materiais necessários, todos em pleno funcionamento                   |     |     | X  |
| Possui sala de observação adulto, separada por sexo, com dispositivo de vedação entre os leitos                                                            |     |     | X  |
| Possui sala de isolamento com banheiro, barreira de acesso, EPI disponível, saída de oxigênio e ar comprimido                                              |     |     | X  |
| Possui eletrocardiógrafo                                                                                                                                   |     |     | X  |
| Possui carro completo com materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento à parada cardiorrespiratória adaptado para uso pediátrico, se necessário |     |     | X  |

## Unidade de Internação - Apartamento

|                                                                                                                                                            | Sim | Não | NA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Os quartos estão organizados por faixa etária, sexo e complexidade de cuidados                                                                             |     |     | X  |
| Possui ponto de ar comprimido, oxigênio e vácuo e/ou aspirador portátil                                                                                    |     |     | X  |
| Possui posto de enfermagem na unidade                                                                                                                      |     |     | X  |
| Possui carro completo com materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento à parada cardiorrespiratória adaptado para uso pediátrico, se necessário |     |     | X  |
| Possui área de cuidados e higienização do lactente com bancada e pia com água quente                                                                       |     |     | X  |
| Nos casos de <b>internação obstétrica</b> , realiza testes de triagem neonatal, identificação do paciente e imunização, conforme legislação vigente        |     |     | X  |

## Unidade de Internação - Enfermaria

|                                                                                                                                                            | Sim | Não | NA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Os ambientes estão separados por faixa etária, sexo e complexidade de cuidados                                                                             |     |     | X  |
| Possui acomodação para acompanhantes nos termos exigidos por lei:                                                                                          |     |     | X  |
| Possui ponto de ar comprimido, oxigênio e vácuo e/ou aspirador portátil na proporção de 01 ponto para cada 02 leitos                                       |     |     | X  |
| Possui iluminação de vigília e sinalização sonora e/ou luminosa                                                                                            |     |     | X  |
| Possui posto de enfermagem                                                                                                                                 |     |     | X  |
| Possui carro completo com materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento à parada cardiorrespiratória adaptado para uso pediátrico, se necessário |     |     | X  |
| Possui enfermaria de criança com até 06 leitos por enfermaria                                                                                              |     |     | X  |
| Nos casos de <b>internação obstétrica</b> , realiza testes de triagem neonatal, identificação do paciente e imunização, conforme legislação vigente        |     |     | X  |

### Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – Berçário de Cuidados Intensivos (idade entre 0 a 28 dias)

|                                                                                                                              | Sim | Não | NA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Há lavatório com água quente no setor e 02 pontos de oxigênio, 01 ponto de vácuo e 02 pontos de ar comprimido por incubadora |     |     | X  |
| Possui acomodação para acompanhantes nos termos exigidos por lei                                                             |     |     | X  |
| Possui posto de enfermagem com visualização dos leitos e/ou sistema de monitoramento central                                 |     |     | X  |
| Possui carro completo com materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento à parada cardiorrespiratória               |     |     | X  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sim | Não | NA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Possui 01 equipamento de ventilação mecânica para cada 02 leitos                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     | X  |
| Cada leito possui:<br>a)ambu;<br>b) estetoscópio;<br>c) conjunto para nebulização;<br>d) bombas de infusão;<br>e) fita métrica;<br>f) equipamentos/materiais para monitorização contínua: frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, cardioscopia, temperatura, pressão arterial não-invasiva |     |     | X  |

### Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (idade a partir de 29 dias)

\*Verificar se estão disponíveis para uso exclusivo da UT pediátrica, materiais e equipamentos de acordo com a faixa etária e biótipo do paciente

|                                                                                                                                                                      | Sim | Não | NA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Há lavatório com água quente no setor e 02 pontos de oxigênio, 01 ponto de vácuo e 02 pontos de ar comprimido por incubadora                                         |     |     | X  |
| Possui acomodação para acompanhantes nos termos exigidos por lei                                                                                                     |     |     | X  |
| Possui posto de enfermagem com visualização dos leitos e/ou sistema de monitoramento central                                                                         |     |     | X  |
| Possui carro completo com materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento à parada cardiorrespiratória                                                       |     |     | X  |
| As incubadoras apresentam registro de manutenção periódica e o termostato se encontra funcionando na temperatura esperada de acordo com idade e peso – de 30° a 35°C |     |     | X  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sim | Não | NA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Possui 01 equipamento de ventilação mecânica para cada 02 leitos                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     | X  |
| Cada leito possui:<br>a)ambu;<br>b) estetoscópio;<br>c) conjunto para nebulização;<br>d) bombas de infusão;<br>e) fita métrica;<br>f) equipamentos/materiais para monitorização contínua: frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, cardioscopia, temperatura, pressão arterial não-invasiva |     |     | X  |

### Unidade de Terapia Intensiva Adulto \*Extensivo à Unidade Coronariana

|                                                                                                                                               | Sim | Não | NA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Os ambientes estão separados por faixa etária, sexo e complexidade de cuidados                                                                |     |     | X  |
| Possui instalação de 02 pontos de oxigênio, 01 ponto de vácuo e 02 pontos de ar comprimido para cada leito                                    |     |     | X  |
| Possui dispositivos que permitem a privacidade entre os leitos                                                                                |     |     | X  |
| Possui capnógrafo (01 para cada 10 leitos)                                                                                                    |     |     | X  |
| Possui quarto de isolamento (01 quarto para cada 10 leitos de UTI) com sistema de exaustão e pressão negativa                                 |     |     | X  |
| Possui posto de enfermagem com visualização dos leitos e/ou sistema de monitoramento central                                                  |     |     | X  |
| Possui carro completo com materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento à parada cardiorrespiratória (01 carro para cada 05 leitos) |     |     | X  |
| Possui aparelho de eletrocardiograma (01 para cada 10 leitos)                                                                                 |     |     | X  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sim | Não | NA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Possui armário ou gaveta com dispositivo de segurança para guarda de medicamentos sob controle especial                                                                                                                                                                                                              |     |     | X  |
| Possui área adequada para preparo de medicação e geladeira exclusiva para guarda de medicamentos, com controle de temperatura                                                                                                                                                                                        |     |     | X  |
| Possui 01 equipamento de ventilação mecânica para cada 02 leitos                                                                                                                                                                                                                                                     |     |     | X  |
| Cada leito possui:<br>a)ambu;<br>b) estetoscópio;<br>c) conjunto para nebulização;<br>d) bombas de infusão;<br>e) fita métrica;<br>f) equipamentos/materiais para monitorização contínua: frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, cardioscopia, temperatura, pressão arterial não-invasiva |     |     | X  |

## Unidade Intermediária (Semi-UTI) Adulto

|                                                                                                               | Sim | Não | NA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Os ambientes estão separados por faixa etária, sexo e complexidade de cuidados                                |     |     | X  |
| Possui instalação de 02 pontos de oxigênio, 01 ponto de vácuo e 02 pontos de ar comprimido para cada leito    |     |     | X  |
| Possui capnógrafo                                                                                             |     |     | X  |
| Possui quarto de isolamento (01 quarto para cada 10 leitos de UTI) com sistema de exaustão e pressão negativa |     |     | X  |
| Possui assistência de fonoaudiologia, psicologia e de fisioterapia                                            |     |     | X  |
| Possui posto de enfermagem com visualização dos leitos e/ou sistema de monitoramento central                  |     |     | X  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Sim | Não | NA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Possui carro completo com materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento à parada cardiorrespiratória                                                                                                                                                                                                       |     |     | X  |
| Possui aparelho de eletrocardiograma                                                                                                                                                                                                                                                                                 |     |     | X  |
| Cada leito possui:<br>a) ambu;<br>b) estetoscópio;<br>c) conjunto para nebulização;<br>d) bombas de infusão;<br>e) fitamétrica;<br>f) equipamentos/materiais para monitorização contínua: frequência respiratória, oximetria de pulso, frequência cardíaca, cardioscopia, temperatura, pressão arterial não-invasiva |     |     | X  |

## Centro Cirúrgico

|                                                                                                                                            | Sim | Não | NA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Possui restrição de acesso somente a pessoas paramentadas com EPI completo                                                                 | X   |     |    |
| Possui lavabo cirúrgico exclusivo                                                                                                          | X   |     |    |
| Possui 02 pontos de oxigênio, 02 pontos de ar comprimido, 01 ponto de vácuo e 01 ponto de óxido nítrico, por sala cirúrgica                | X   |     |    |
| Possui sala de distribuição de hemocomponentes                                                                                             |     |     | X  |
| Possui livro de registro de cirurgias                                                                                                      | X   |     |    |
| Possui carro completo com materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento à parada cardiorrespiratória dentro das salas cirúrgicas | X   |     |    |
| Protocolo para cirurgia segura atualizado, disponível e implantado na unidade                                                              | X   |     |    |
| Possui sala em condições adequadas para guarda de materiais estéreis                                                                       | X   |     |    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Sim | Não | NA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Possui RPA – sala de recuperação pós-anestésica com:<br>a) Área de serviço de enfermagem;<br>b) lavatório;<br>c) condição de monitorização dos leitos;<br>d) saída de gases por leito;<br>e) carro completo com materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento à parada cardiorrespiratória.                                                                                     | X   |     |    |
| Possui os seguintes equipamentos necessários aos procedimentos em cada sala cirúrgica<br>X aspirador portátil                      () negatoscópio<br>X bisturi elétrico                      X monitor<br>() carro de anestesia                      X oxímetro<br>() capnógrafo                      X respirador<br>X focos, auxiliar e central<br>X mesa cirúrgica e mesas auxiliares |     |     |    |

## Centro Obstétrico

|                                                                                                                                                                                | Sim | Não | NA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Possui sala de exame e admissão de parturiente com equipamentos e materiais necessários para avaliação e acompanhamento do trabalho de parto                                   |     |     | X  |
| Possui sala de pré-parto ou box/sala para PPP (pré-parto, parto e pós-parto) com área de degermação                                                                            |     |     | X  |
| Possui 1 posto de enfermagem                                                                                                                                                   |     |     | X  |
| Possui área ou sala de recepção do RN com colocação de pulseira de identificação e equipamentos, materiais e medicamentos para atendimento imediato e incubadora de transporte |     |     | X  |
| Realiza vacinação contra Hepatite B e dispõe de rede de frio de acordo com normas do Ministério da Saúde                                                                       |     |     | X  |
| Na sala de parto cirúrgico possui materiais e equipamentos necessários e adequados ao uso                                                                                      |     |     | X  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Sim | Não | NA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Possui sala de curetagem / AMIU com materiais e equipamentos necessários e adequados ao uso                                                                                                                                                                                                           |     |     | X  |
| Dispõe dos equipamentos, materiais e medicamentos para atendimento imediato ao RN                                                                                                                                                                                                                     |     |     | X  |
| Possui na unidade de parto normal:<br>a) poltrona de acompanhante;<br>b) berço;<br>c) área para cuidados e higienização do RN;<br>d) bancada com pia;<br>e) água quente e fria;<br>f) oxigênio;<br>g) comunicação com o posto de enfermagem                                                           |     |     | X  |
| Possui RPA – sala de recuperação pós-anestésica com:<br>a) área de serviço de enfermagem;<br>b) lavatório;<br>c) condição de monitorização dos leitos;<br>d) saída de gases por leito;<br>e) carro completo com materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento à parada cardiorrespiratória. |     |     | X  |

# Formulário de Vistoria Técnica

## Hospital (Geral/Especializado/Retaguarda)

### Hemodinâmica

|                                                                                                             | Sim | Não | NA |                                                                                                                  | Sim | Não | NA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Dispõe de:                                                                                                  |     |     |    | Possui polígrafo de no mínimo 3 derivações de ECG e 2 canais de pressão com possibilidade de registro simultâneo |     |     | X  |
| a) oxímetro de pulso;                                                                                       |     |     |    | No armazenamento de medicamentos e artigos médico-hospitalares são observadas condições adequadas                |     |     | X  |
| b) monitor de pressão invasiva;                                                                             |     |     | X  | Possui equipamento que possibilite o monitoramento do tempo de coagulação ativa (TCA)                            |     |     | X  |
| c) carro completo com materiais, medicamentos e equipamentos para atendimento à parada cardiorrespiratória; |     |     |    | Possui equipamento para cálculo de débito cardíaco                                                               |     |     | X  |
| d) marca passo temporário;                                                                                  |     |     |    | Possui intensificador de imagem                                                                                  |     |     | X  |
| e) bomba injetora de contraste.                                                                             |     |     |    |                                                                                                                  |     |     |    |
| Possui equipamento de hemodinâmica fixo com capacidade de aquisição de imagem digital em tempo real         |     |     | X  |                                                                                                                  |     |     |    |

### Farmácia

|                                                         | Sim | Não | NA |                                                                                                   | Sim | Não | NA |
|---------------------------------------------------------|-----|-----|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Possui padronização de medicamentos no hospital         |     |     | X  | Possui registro de controle de datas de vencimentos dos medicamentos estocados                    |     |     | X  |
| As condições de armazenamento estão adequadas           |     |     | X  | Os psicotrópicos estão guardados em armários chaveados e possui registro da entrada e saída deles |     |     | X  |
| Possui refrigerador exclusivo para guarda de medicações |     |     | X  | Utiliza registro em sistema eletrônico                                                            |     |     | X  |

### CCIH

|                                                                                                                                     | Sim | Não | NA |                                                                          | Sim | Não | NA |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|--------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Dispõe de Programa de Controle de Infecção Hospitalar devidamente constituído                                                       | X   |     |    | Possui registros dos indicadores de infecção hospitalar (marcar com "X") |     |     |    |
| Possui manuais e/ou rotinas técnico-operacionais para a prevenção e controle da infecção hospitalar                                 | X   |     |    | ( ) Taxa de Infecção Hospitalar                                          |     |     |    |
| A CCIH realiza o controle sistemático da prescrição de antimicrobianos, com orientação médica, preferencialmente com infectologista |     | X   |    | ( ) Taxa de Infecção por Topografia Urinária                             |     |     |    |
|                                                                                                                                     |     |     |    | ( ) Taxa de Infecção por Topografia Respiratória                         |     |     |    |
|                                                                                                                                     |     |     |    | ( ) Taxa de Infecção por Topografia Corrente Sanguínea                   |     |     |    |
|                                                                                                                                     |     |     |    | ( ) Taxa de Infecção por Topografia Cirúrgica                            |     |     |    |
|                                                                                                                                     |     |     |    | ( ) Taxa de Infecção por Topografia Cutânea                              |     |     |    |
|                                                                                                                                     |     |     |    | ( ) Taxa de Letalidade por Infecção Hospitalar                           |     |     |    |
|                                                                                                                                     |     |     |    | X Outras: <u>OFTALMOLOGICO</u>                                           |     |     |    |
|                                                                                                                                     |     |     |    | Qual a taxa de infecção Hospitalar dos últimos 12 meses?                 |     | 00  |    |

### Central de Material Esterilizado - CME

|                                                                                                                                                                                                     | Sim | Não | NA |                                                                                        | Sim | Não | NA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|----------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Possui CME na própria estrutura hospitalar                                                                                                                                                          | X   |     |    | Realiza esterilização dos artigos por meio físico (autoclave, estufa, auto vácuo, etc) | X   |     |    |
| Se possuir CME próprio, informar a classe abaixo (marcar com "X")                                                                                                                                   |     |     |    | Possui seladora térmica                                                                | X   |     |    |
| X Classe I - processa artigos de conformação não complexa - possui, no mínimo, <u>barreira técnica</u> entre área suja e as áreas limpas                                                            |     |     |    | As embalagens são identificadas com rótulos contendo:                                  |     |     |    |
| a) Setor Sujo: área de recepção e limpeza                                                                                                                                                           |     |     |    | a) nome do produto;                                                                    |     |     |    |
| b) Setor Limpo: área de preparo e esterilização; área de monitoramento do processo; sala de desinfecção química e área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados                   |     |     |    | b) n° lote;                                                                            |     |     |    |
| *Visitar as áreas citadas acima                                                                                                                                                                     |     |     |    | c) data esterilização;                                                                 |     |     |    |
| ( ) Classe II - processa artigos de conformação complexa e não complexa - possui separação física da área suja das áreas limpas.                                                                    |     |     |    | d) data vencimento;                                                                    |     |     |    |
| a) Setor Sujo: área de recepção e limpeza                                                                                                                                                           |     |     |    | e) método utilizado;                                                                   |     |     |    |
| b) Setor Limpo: área de preparo e esterilização; área de monitoramento do processo de esterilização; sala de desinfecção química e área de armazenamento e distribuição de materiais esterilizados. |     |     |    | f) responsável.                                                                        |     |     |    |
| *Visitar as áreas citadas acima.                                                                                                                                                                    |     |     |    |                                                                                        |     |     |    |

## Organização

|                                                                                                                                                                                                                                    | Sim | Não | NA |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| O prontuário cumpre as normas vigentes quanto à: LGPD (Lei nº 13.709/2018), local seguro, boas condições de conservação e organização, legibilidade e com a identificação completa dos profissionais responsáveis pelo atendimento | X   |     |    |
| Existem normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas de todos os processos de trabalho                                                                                                                          | X   |     |    |
| Há disponibilidade dos equipamentos de proteção individual (EPI) e/ou coletiva (EPC) necessários de acordo com o nível de biossegurança                                                                                            | X   |     |    |
| Possui cálculo e registro dos indicadores para avaliar a assistência<br>*Verificar por amostragem os indicadores disponíveis no hospital                                                                                           |     | X   |    |
| Possui Comissão de Ética Médica                                                                                                                                                                                                    |     | X   |    |
| Possui Comissão de Revisão de Prontuários                                                                                                                                                                                          |     | X   |    |
| Mantém em local visível a escala dos profissionais, incluindo plantão, nome, registro conselho                                                                                                                                     | X   |     |    |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sim | Não | NA |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Possui contrato de prestação de serviços terceirizados<br>*Especificar o serviço no campo de observações (ex.: lavanderia, esterilização, etc.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | X   |     |    |
| Possui serviço de engenharia para infraestrutura e medicina do trabalho                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X   |     |    |
| Possui profissional formalmente nomeado ou contrato com empresa terceirizada responsáveis pela manutenção dos equipamentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | X   |     |    |
| Possui registro de todas as intervenções realizadas nos equipamentos:<br>*Instalação, manutenção, ação corretiva, resultados das calibrações, testes de qualidade, etc.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | X   |     |    |
| Possui ambiente destinado à limpeza, desinfecção e guarda temporária de roupas e resíduos em todos os setores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | X   |     |    |
| Apresenta as seguintes documentações atualizadas (marcar com "X"):<br><input checked="" type="checkbox"/> Controle de vetores e pragas<br><input checked="" type="checkbox"/> Certificado de limpeza dos reservatórios de água<br><input checked="" type="checkbox"/> Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos – PGRS<br><input checked="" type="checkbox"/> Plano de Prevenção e Proteção contra Incêndio – PPCI<br><input checked="" type="checkbox"/> Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA |     |     |    |

## Gerenciamento de Resíduos

|                                                                                                                                                                                                                            | Sim | Não | NA |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Possui caixa de recolhimento de perfurocortantes em quantidade e em local adequados                                                                                                                                        | X   |     |    |
| É feita a segregação dos resíduos no local e momento de sua geração:<br>a) Infectante (biológico-sangue-hemoderivados);<br>b) Especial (radioativo-farmacêutico-químico perigoso);<br>c) Comum (não oferece risco à saúde) | X   |     |    |

|                                                                                                                                             | Sim | Não | NA |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| Possui depósito de resíduos químicos:                                                                                                       |     | X   |    |
| Possui abrigo externo de resíduos construído em ambiente exclusivo para cada tipo de resíduo                                                | X   |     |    |
| Há contrato formal com empresa especializada, legalmente autorizada, para o transporte/tratamento/destino dos Resíduos de serviços de saúde | X   |     |    |

## Observações

**TERCEIRIZADOS:**

SERVIOESTE – CNPJ 03.392.348/0001-60

CENEMED – CNPJ 12.001.444/0001-20

LAVANDERIA MEG – CNPJ 48.784.021/0001-71

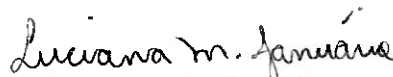
### Parecer Avaliador

☒ Favorável

☐ Desfavorável

PRESIDENTE PRUDENTE

18 / 11 / 25

  
**Luciana Martins Januário**  
 COREN-SP-126.915-ENF

  
**Pedro F. Doninho Neto**  
 Diretor Técnico de Saúde I  
 Reg. IAMSPE 26.833  
 CEAMA - Pres. Prudente

Assinatura e carimbo  
do Avaliador Iamspe