

8630-5/04 - ATIVIDADE ODONTOLÓGICA

Compreende: *Atividades odontológicas exercidas com emprego ou não de equipamento de raios X Intraoral e extraoral, em áreas autônomas, e/ ou no interior de escola ou outro espaço social, inclusive as atividades extra estabelecimentos, com uso de unidades móveis, transportáveis, portáteis.*

| | |
|---------------|--|
| Razão Social: | |
| CNAE: | |
| CNPJ: | |
| Endereço: | |
| Bairro: | |
| CEP: | |

Tipo de especialidade principal realizada:

- () Cirurgia /Implantes () Harmonização/Estética () Periodontia/Enxertos
 () Endodontia/Radiologia () Clínica geral () Patologia/Diagnóstico
 () Ortodontia/Disfunção ATM () Prótese/Reabilitação

Número de salas de atendimento:

- () 1 sala () 2 salas () 3 salas () + de 3 salas

Número de equipamentos odontológicos instalados no estabelecimento:

- () 1 equipo () 2 equipos () 3 equipos () 4 equipos () + de 4 equipos

OS ITENS ABAIXO RELACIONADOS DEVERÃO SER PREENCHIDOS COM BASE NAS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS E HIGIÊNICAS DO ESTABELECIMENTO E CORRESPONDEM AOS REQUISITOS MÍNIMOS NECESSÁRIOS PARA O LICENCIAMENTO PRETENDIDO.

| Questionário | | | |
|--|------------|------------|------------|
| ESTRUTURA FÍSICA | SIM | NÃO | N/A |
| O estabelecimento possui entrada independente e suas dependências são de uso exclusivo, não servindo de passagem para outro local. | | | |
| O compressor está instalado fora da área de atendimento ou possui proteção acústica. | | | |
| A sala de atendimento possui a área mínima exigida – 9 metros quadrados. | | | |
| Possui piso de material liso, resistente, impermeável, que permita um completo processo de limpeza e descontaminação. | | | |
| Possui as paredes/divisórias/portas com acabamento liso, de cores claras revestidas com tinta ou material que permita um completo processo de limpeza e desinfecção. | | | |
| Os filtros do aparelho de ar condicionado são limpos com regularidade conforme a recomendação do fabricante. | | | |
| RESPONSÁVEL TÉCNICO | SIM | NÃO | N/A |
| O cirurgião dentista, inscrito como Responsável Técnico e/ou substituto pelo estabelecimento fica presente durante todo o período de atendimento. | | | |
| EQUIPAMENTO DE RAIOS X | SIM | NÃO | N/A |
| Possui equipamento de raios X intraoral. | | | |

8630-5/04 - ATIVIDADE ODONTOLÓGICA

| | | | |
|--|------------|------------|------------|
| Possui equipamento de raios X extra oral. | | | |
| Caso não possua equipamento de raios X, desconsiderar as perguntas abaixo: | | | |
| Existe apenas um equipamento de raios X instalado por sala. | | | |
| Possui aventais e protetores de tireoide (vestimentas plumbíferas) para a proteção do paciente, em bom estado de conservação, higiene e acondicionadas de forma correta? Para cada equipamento de raios X deve existir um conjunto de avental e protetor de tireoide plumbífero. | | | |
| O profissional se mantém, no mínimo a 2 metros de distância da cabeça do paciente, no momento do acionamento do equipamento de raio X. | | | |
| Um sinal sonoro é emitido quando o feixe de raios X é disparado. | | | |
| Possui plano de proteção radiológica (no prazo de validade). | | | |
| Possui Levantamento Radiométrico, no prazo de validade, emitido por empresa regularizada junto a VISA local. | | | |
| Possui controle de qualidade dos aparelhos de RX emitido por empresa regularizada junto a VISA local. | | | |
| Realiza o controle de dosimetria individual. | | | |
| SALA DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO / PROCEDIMENTOS | SIM | NÃO | N/A |
| Utiliza barreiras de proteção física (papel filme, por exemplo) em cadeira, mocho, refletor e equipo odontológico. | | | |
| Armazena o material esterilizado em armário exclusivo, fechado, limpo e livre de umidade. | | | |
| A equipe de trabalho utiliza protetores oculares, máscaras, luvas, gorros e avental durante os procedimentos clínico-cirúrgicos e esterilização. | | | |
| Possui pia com água corrente, acionamento sem o contato direto das mãos com o registro da torneira, exclusiva para lavagem das mãos instalada na sala de atendimento. | | | |
| Os materiais, medicamentos e insumos utilizados tem registro no Ministério da Saúde/ANVISA e prazo de validade respeitado. | | | |
| Os aparelhos que entram em contato com saliva ou sangue, principalmente as pontas do equipo odontológico (caneta de alta rotação, micro motor e seringa tríplice) são recobertas por barreira de proteção de uso único e descartável (filme PVC, por exemplo), e passam pelos processos de descontaminação, lavagem e secagem. | | | |
| Os mobiliários almofadados são revestidos com material lavável e impermeável, não apresentando furos, rasgos, sulcos e reentrâncias. | | | |
| ESTERILIZAÇÃO | SIM | NÃO | N/A |
| Possui sala exclusiva para realização do procedimento de esterilização. | | | |
| Possui equipamento para esterilização aprovado pela Legislação Sanitária. | | | |
| Utiliza autoclave. | | | |
| Utiliza estufa. | | | |
| O profissional responsável pelo procedimento de esterilização utiliza equipamentos de proteção individual (luvas, óculos, avental impermeável). | | | |
| Realiza pré-lavagem com produto adequado antes da esterilização. | | | |
| Utiliza somente escovas com cerdas de nylon para a lavagem de instrumental. | | | |
| Utiliza papel descartável para secagem dos instrumentais. | | | |
| Acondiciona instrumental em jogos por paciente e em embalagem adequada (grau cirúrgico) para esterilização em autoclave. | | | |
| Os instrumentais esterilizados possuem identificação com data de processamento e responsável pela realização do mesmo. | | | |
| O instrumental esterilizado fica estocado em armário fechado, limpo e seco. | | | |

8630-5/04 - ATIVIDADE ODONTOLÓGICA

| | | | |
|--|------------|------------|------------|
| O prazo de validade da esterilização é observado (7 dias). | | | |
| Realiza o controle biológico da eficácia da esterilização para autoclave. | | | |
| O resultado do controle biológico está devidamente registrado. | | | |
| RESÍDUOS GERADOS | SIM | NÃO | N/A |
| Possui cadastro com a AMLURB para coleta de resíduo contaminado. | | | |
| Acondiciona o lixo contaminado colocado em saco plástico branco leitoso. | | | |
| Os materiais perfuro cortantes, tais como agulhas, lâminas de bisturi, brocas, pontas diamantadas, limas endodônticas, são descartados em recipiente rígido e identificado pela simbologia de substância infectante. | | | |
| Possui abrigo externo de resíduos infectante e comum separados, instalado em área externa, identificados, mantidos trancados, de fácil limpeza. | | | |
| DOCUMENTOS GERAIS / OUTROS | SIM | NÃO | N/A |
| Realiza a limpeza da caixa d'água de acordo com as normas da SABESP, com empresa licenciada. | | | |
| Realiza controle de pragas urbanas com empresa licenciada. | | | |
| Possui contrato para coleta de resíduos contaminados – AMLURB. | | | |
| Auto de Vistoria do Corpo de Bombeiros (AVCB) ou Certificado de Licença do Corpo de Bombeiros (CLCB). | | | |
| Manual de rotinas e procedimentos da lavagem e esterilização dos instrumentais. | | | |
| Comprovante de manutenção dos aparelhos de ar condicionado (se houver). | | | |
| Possui comprovante de manutenção preventiva dos equipamentos de esterilização dentro da validade. | | | |
| Registro de controle de temperatura de equipamentos (Ex: refrigerador para acondicionamento de toxina botulínica dentre outros) e de ambientes, se aplicável. | | | |

Legislações e guias a serem consultados

- Resolução SS-15/99 - Aprova Norma Técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica, e dá providências correlatas;
- Resolução Anvisa 15/12 - Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências;
- Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 222/18 - Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências.
- Resolução RDC 63/2011 - Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde;
- Resolução RDC nº 611/2022 - Estabelece os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento de serviços de radiologia diagnóstica ou intervencionista e regulamenta o controle das exposições médicas, ocupacionais e do público decorrentes do uso de tecnologias radiológicas diagnósticas ou intervencionistas.
- Decreto Estadual nº 12.342/78 - Dispõe sobre normas de promoção, preservação e recuperação da saúde no campo de competência da Secretaria de Estado da Saúde. Art.255 e 256;

8630-5/04 - ATIVIDADE ODONTOLÓGICA

Declaro ser responsável pela veracidade e autenticidade de todas as informações apresentadas.

Declaro estar ciente da obrigação de apresentar, a qualquer tempo, a documentação exigida para a exploração da atividade e de prestar todas as informações referentes ao funcionamento do estabelecimento, de forma a assegurar os controles necessários a serem exercidos pelo órgão sanitário municipal.

Declaro comprometer-me com a preservação das melhores condições higiênico-sanitárias de instalações, equipamentos, procedimentos e fluxos, notadamente as boas práticas para o exercício da atividade e a adequada conservação dos produtos utilizados.

Declaro ainda estar ciente de que a prestação de declaração falsa configura crime previsto no Código Penal Brasileiro, passível de sanções penais, sem prejuízo das sanções administrativas e civis cabíveis.

São Paulo, ____ de _____ 20 ____.

Assinatura do Responsável Legal

CPF: _____

Assinatura do Responsável Técnico

CPF: _____