



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONDAÍ
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ROTEIRO DE AUTO-INSPEÇÃO PARA EVENTO DE VACINAÇÃO EXTRAMURO

Processo/Ano N° _____ / ____

Estabelecimento:
Proprietário/Responsável Técnico:
CNPJ/CPF:

Legenda:

S – Sim;

N – Não;

NA – Não se aplica à atividade desenvolvida;

CF – Conformidade (a ser preenchido pelo fiscal no momento da inspeção).

ITENS NECESSÁRIOS	S	N	NA	CF*	ENQUADRAMENTO LEGAL
Possui área específica e exclusiva para a vacinação extramuro esporádica, possuindo instalações físicas com pisos, paredes e teto de material liso, impermeável, lavável e íntegro.					Artigo 21, inciso I, da Portaria Estadual nº.556/2016.
Local com dimensionamento compatível com a atividade realizada.					Artigo 21, inciso II, da Portaria Estadual nº.556/2016.
Área climatizada garantindo temperatura ambiente entre + 18° e +20°.					Artigo 21, inciso III, da Portaria Estadual nº.556/2016.
Há condições higiênico sanitárias no ambiente para aplicação de imunobiológicos.					Artigo 21, inciso IV, da Portaria Estadual nº.556/2016.
Possui iluminação adequada para a atividade.					Artigo 21, inciso V, da Portaria Estadual nº.556/2016.
Mobiliários revestidos de material liso, íntegro, lavável e impermeável e materiais específicos para a função.					Artigo 21, inciso VI, da Portaria Estadual nº.556/2016.
Há pia/lavatório com água potável corrente provida de sabonete líquido e papel toalha e dispensador de álcool gel.					Artigo 21, inciso VII, da Portaria Estadual nº.556/2016.
Há bancada ou similar de material impermeável e de fácil higienização para dispor o material para vacinação.					Artigo 21, inciso VIII, da Portaria Estadual nº.556/2016.
As vacinas são registradas no Ministério da Saúde/ANVISA.					Artigo 24, inciso I, da Portaria Estadual nº.556/2016.
Os equipamentos para armazenagem dos imunobiológicos garantem a sua conservação de acordo com as especificações do fabricante e possuem instrumentos de controle de temperatura interna. A vacina deverá ser mantida entre +2°C a +8°C.					Artigo 24, incisos II, III e IV, da Portaria Estadual nº.556/2016.



PREFEITURA MUNICIPAL DE MONDAÍ
SECRETARIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O Responsável Técnico da sala credenciada é o responsável pela atividade de vacinação extramuro esporádica, pela equipe, pelo transporte das vacinas, manejo, armazenamento e destinação final dos resíduos gerados pela atividade.					Artigo 22 da Portaria Estadual nº.556/2016.
Os profissionais que realizarão a atividade de vacinação extramuro esporádica estão devidamente registrados em Conselho de Classe.					Artigo 8º, caput, da Portaria Estadual nº.556/2016.
Somente é ofertado um tipo de imunobiológico na atividade de vacinação extramuro.					Artigo 9º, caput, da Portaria Estadual nº.556/2016.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	S	N	NA	CF*	ENQUADRAMENTO LEGAL
Cópia de Alvará Sanitário atualizado da sala de vacina credenciada, devendo estar descrito no mesmo a atividade de vacinação extramuro esporádica.					Artigo 19, inciso I, da Portaria Estadual nº.556/2016.
Cópia de Certidão de Responsável Técnico da sala de vacina credenciada.					Artigo 19, inciso II, da Portaria Estadual nº.556/2016.
Cópia do credenciamento da sala de vacina emitido pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica.					Artigo 19, inciso III, da Portaria Estadual nº.556/2016.
Relação com endereço completo do local onde irá realizar a atividade de vacinação, bem como o cronograma com as datas definidas e público alvo a ser vacinado.					Artigo 19, inciso IV, da Portaria Estadual nº.556/2016.
Cópia do Programa de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde da sala credenciada onde conste o manejo e destinação final dos resíduos provenientes da atividade extramuro.					Artigo 19, inciso V, da Portaria Estadual nº.556/2016.

OBS:

- 1.– A Autoridade de Saúde, no exercício de suas atribuições, poderá exigir, além dos itens relacionados nesse roteiro, outros que se fizerem necessários para garantia da Saúde Pública, bem como que constam em normas aplicáveis ao caso;
- 2.– Este roteiro poderá ser revisto, sempre que necessário, de acordo com as determinações da Autoridade de Saúde.

Data do preenchimento do Roteiro de Auto Inspeção: ____/____/____.

Declaro estar ciente de que as informações aqui prestadas são expressão da verdade e que o preenchimento deste roteiro com informações falsas constitui infração sanitária, estando sujeito às sanções cabíveis.

Nome completo do proprietário e/ou responsável: _____

CPF do proprietário e/ou responsável: _____

Email e Telefone: _____

Assinatura do proprietário e/ou responsável: _____