QUESTIONÁRIO – CORREIÇÃO ORDINÁRIA – CAF/SES

EXPEDIENTE

Expediente	Correição Ordinária – Portaria n. 002/COR/2026
PA/SEI	**3552205.404.00017344/2026-43**
Objeto	Averiguação programada da regularidade da atuação do órgão, com foco na administração de estoque e almoxarifados.
Instauração	12/02/2026
Órgão Fiscalizador	Corregedoria Geral do Município de Sorocaba
Corregedor-geral	Otávio Martinez Isaquiel Ferreira
Instrução	**2ª Câmara Correcional** Cibele Góes Viviane da Motta Berto
Aporte Técnico	**1ª Câmara Correcional** Flávia Camila Campos Canezin Sylvia Pauletti Roquette Campanati **Centro de Análise de Informações e Assistência Técnica – CAIAT** Juliana Barbosa do Nascimento

SECRETARIA/UNIDADE INSPECIONADA

Secretaria	Saúde
Secretário (a)	
Órgão Inspecionado	CAF – Centro de Abastecimento Farmacêutico
Endereço	Rua Comandante Salgado, 2443 - Vila Hortência / Sorocaba/SP
Telefone	(15) 3333-1976, 1978 e 1979
E-mail	

VISITA DE INSPEÇÃO *IN LOCO*

DATA	**05/05/2026**			
HORÁRIO	**INÍCIO**		**TÉRMINO**	

Servidor (es) responsável (is) pelo atendimento durante inspeção *in loco*:

ATENÇÃO!

Para preencher o questionário com eficácia, recomenda-se a leitura atenta das instruções descritas em despacho. As respostas devem refletir a realidade da unidade inspecionada com honestidade, objetividade e precisão, inclusive, sempre que solicitado ou se necessário, anexar documentos para confirmar as informações prestadas.

CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE INSPECIONADA

Breve relato sobre a implantação do CAF / função principal / responsáveis pela logística e controle (processo de recepção, cadastramento, armazenamento, estoque e dispensação e distribuição de medicamentos e insumos à rede municipal de saúde (relacionar cronologicamente todos os contratos desde a implantação do CAF) / relacionar unidades atendidas / sistema automatizado / transparência / legislação pertinente / programas governamentais / fonte(s) de recurso(s), dentre outras informações pertinentes]
COMENTÁRIO

Quais espaços o CAF possui?

[ ] Entrada com identificação
[ ] Hall de entrada
[ ] Estacionamento
[ ] Recepção e desembarque
Área para conferência de documentos e inspeção física dos produtos
[ ] Expedição e Embarque
Local para triagem, embalagem e saída de pedidos.
[ ] Armazenagem Geral
Espaço com temperatura controlada (geralmente entre 15°C e 30°C) e umidade monitorada.
[ ] Áreas de Acesso Restrito
Medicamentos de Controle Especial: *Local seguro com fechamento por chaves ou cadeados*
[ ] Áreas de Acesso Restrito
Cadeia de Frio (Rede de Frio)*: Geladeiras ou câmaras frias para termolábeis (entre 2°C e 8°C)*
[ ] Área de Segregação (Quarentena)
Espaço para produtos aguardando laudo, devolvidos, reprovados ou vencidos.
[ ] Áreas de Apoio e Infraestrutura
Administrativo*: Sala para o farmacêutico responsável e gestão de estoque*
[ ] Áreas de Apoio e Infraestrutura
Vestiários e Sanitários*: Devem ser separados para funcionários (masculino e feminino).*
[ ] Áreas de Apoio e Infraestrutura
DML (Depósito de Material de Limpeza)*: Espaço isolado para armazenar itens de higienização.*
[ ] Área de Utilidades
Espaço para geradores de energia e sistemas de climatização
[ ] Outro(s). ***Especificar***

Quais equipamentos e mobiliário o CAF possui? ***ESPECIFICAR*** *quantidades*.

[ ] Refrigeradores Médicos e Câmaras Frias

[ ]	Ar-condicionado e Desumidificadores	
[ ]	Gerador de Energia ou Nobreaks	
[ ]	Termohigrômetros	
[ ]	Prateleiras e Estantes	
[ ]	Pallets (Estrados)	
[ ]	Armários com Chave	
[ ]	Bancadas de Trabalho	
[ ]	Transpaleteiras ou Empilhadeiras	
[ ]	Carrinhos de Transporte	
[ ]	Computadores e Coletores de Dados	
[ ]	Seladoras e Balanças	
[ ]	Outro(s). ***Especificar***	

ATENDIMENTO AO PÚBLICO/PROTOCOLO/ARQUIVO/REGISTRO

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
O CAF realiza atendimento ao público?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
Há protocolo de proteção de dados sensíveis do público?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
Os dados coletados são inseridos em plataformas do governo federal?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
O CAF dispõe de orientações visíveis sobre horários de funcionamento e canais de ouvidoria?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
O CAF dispõe de sistema de protocolo/registro/outros?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Observância de Prazos	[ ]	[ ]	[ ]

[ ] Judiciais [ ] Administrativos [ ] Ouvidoria Geral do Município [ ] Outros

COMENTÁRIO
*Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*

Grau de Resolutividade [Prazos]

[ ] SATISFATÓRIO [ ] INSATISFATÓRIO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO
*Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*

Critério para fornecimento de medicamentos e materiais. Há protocolo(s)?

COMENTÁRIO
*Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*

RECURSOS HUMANOS

Chefe de Divisão	
Chefe de Seção	
Responsável Técnico	
Outras chefias e responsáveis	

Número [atual] de funcionários lotados na unidade *[**ANEXAR**: relação dos servidores lotados na unidade nos últimos 12 meses. **ESPECIFICAR** cargo e condição atual, por exemplo, em exercício, afastado (licença saúde, maternidade, prêmio etc.), removido, dentre outras].*

_____ SERVIDORES _____ CLT _____ TERCEIRIZADOS _____ COMISSIONADOS _____ ESTAGIÁRIOS

O CAF possui número apropriado de funcionários [estatutários e terceirizados] com qualificações adequadas?

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO
*Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*

Controle de Frequência *[**APRESENTAR**: espelho de frequência dos últimos 06 meses dos servidores em atual exercício]*

[ ] BIOMETRIA [ ] LIVRO PONTO

Intercorrências na frequência dos servidores *[**ESPECIFICAR** providências e ações adotadas pela(s) chefia(s)]*		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
[ ] Absenteísmo	Servidor (es):	
[ ] Desídia	Servidor (es):	
[ ] Insubordinação	Servidor (es):	
[ ] Outro. *Especificar*	Servidor (es):	

Produtividade Mensal dos Servidores *[últimos 12 meses. **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADA**, informar providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*		
[ ] ADEQUADA	[ ] INADEQUADA	[ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO		

Servidores com duplo vínculo *[últimos 12 meses. Se **SIM**, especificar, bem como informar se há termo específico de declaração e periodicidade de atualização.]*		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO		

Há programa de treinamento/capacitação para os servidores/funcionários? *[**APRESENTAR** registro dos últimos 12 meses]*		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO		

Cursos de Aperfeiçoamento/Capacitação – forma de capacitação			
[ ] Presencial	[ ] À distância/remoto	[ ] Multiplicadores	[ ] Outros
COMENTÁRIO			

Os treinamentos/capacitações tem sua eficácia avaliada? Possui registros?		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO		

Condições de Trabalho *[**ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADA**, informar providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*		
[ ] ADEQUADA	[ ] INADEQUADA	[ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO		

Elaboração de Relatório Circunstanciado Disciplinar *[últimos 12 meses. Se **SIM**, especificar]*		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO		

Problemas na frequência, jornada/escala de trabalho, produtividade e postura dos estagiários *[**ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADA**, informar providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO		

Problemas na frequência, jornada/escala de trabalho, produtividade e postura dos funcionários terceirizados *[**ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADA**, informar providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO		

DOCUMENTAÇÃO E RESPONSABILIDADE TÉCNICA

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
O CAF possui Farmacêutico Responsável Técnico [RT] presente?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

A autorização de funcionamento [AFE] e alvará sanitário estão vigentes?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Estão disponíveis e atualizados os Procedimentos Operacionais Padrão – POPs?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

A equipe foi treinada nos POPs e há registro de treinamento?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há registro de autoinspeções periódicas?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar. Informar responsáveis [SES e/ou contratada].*			

Há mapeamento dos processos de rotina e críticos sendo documentados os procedimentos operacionais?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há procedimento para devolução de medicamentos e insumos?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

São mantidos registros das devoluções? Apresentam o motivo da devolução? São registradas as condições de recebimento, armazenagem e transporte do produto devolvido?	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Qual o fluxo/procedimento de devolução de equipamentos e insumos disponibilizados, administrativa e judicialmente, aos munícipes?		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*		

No cumprimento de determinações judiciais, há chapeamento de bens permanentes?		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **NÃO**, especificar motivo.*		

ESTRUTURA FÍSICA E INSTALAÇÕES

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
O prédio é próprio?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **ALUGADO**, informar: há quanto tempo, valor pago, se há pretensão de aquisição/desapropriação. **ANEXAR** contrato de locação.*			
As instalações prediais, elétricas e hidráulicas são adequadas?	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]
COMENTÁRIO *Se **INADEQUADAS**, especificar inadequações e quais as providências e ações de melhoria foram adotadas?*			
O prédio tem acessibilidade? É adequada?	[ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ]
COMENTÁRIO *Se **NÃO**, especificar motivo.*			
As instalações são compatíveis com o volume de operações?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
As áreas são identificadas para evitar risco de trocas?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
Há áreas restritas com controle de acesso?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
As áreas de recebimento e expedição são separadas/delimitadas?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
Há áreas de medicamentos e insumos devolvidos com controle de acesso?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há áreas de medicamentos e insumos reprovados, vencidos, recolhidos, suspeitos de falsificação ou falsificados com controle de acesso?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há áreas de medicamentos em quarentena, quando aplicável?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há áreas para atender os funcionários [refeitórios, vestiários, sanitários, lavatórios]?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Paredes, pisos e teto são de fácil limpeza, lisos e impermeáveis?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há controle de temperatura e umidade com registros (diário)?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Os ambientes possuem iluminação e ventilação adequadas?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há telas milimétricas em todas as janelas e ausência de mofo/infiltração?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O CAF é isolado de áreas de lixo, foco de contaminação ou trânsito de pessoas estranhas?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Os produtos estão armazenados sem contato direto com o chão (paletes/prateleiras)?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

São realizadas **manutenções preventivas** – caixa d'água, telhado, paredes, piso, bebedouros, banheiros, calhas, grelhas, dedetização etc.?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM**, especificar quais as providências e ações de melhoria foram adotadas? Se **NÃO**, especificar/justificar motivo.*			
São realizadas **manutenções corretivas**?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM**, especificar quais as providências e ações de melhoria foram adotadas? Se **NÃO**, especificar/justificar motivo.*			

A unidade possui AVCB?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **NÃO**, especificar/justificar motivo.*			

A UE adota medidas para prevenção/enfrentamento da dengue e outras arboviroses?
[ ] SIM [ ] NÃO
COMENTÁRIO *Se **INADEQUADA**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?*

O prédio tem sistema de segurança? É adequado?	[ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ]
COMENTÁRIO *Se **NÃO**, especificar motivo.*			

A unidade tem registro de furtos/depredação/vandalismo em 2025?		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM**, quais as providências e ações adotadas para adequação?*		

Há sistema de videomonitoramento?		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*		

Há controle de entrada e saída de pessoas estranhas na unidade?		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*		

Há algum tipo de vigilância para o período diurno?		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*		

Há algum tipo de vigilância para o período noturno?		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*		

Há algum tipo de vigilância para finais de semana e feriados?		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*		

LIMPEZA E SEGURANÇA DO TRABALHO

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Há empresa contratada para prestação do serviço de limpeza e conservação?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

A limpeza da área é realizada conforme cronograma e registrada?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Lixeiras possuem pedal e tampa, segregando lixo comum, infectante e químico?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há áreas específica para depósito de materiais de limpeza?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há material de limpeza/sanitização para higienização ambiental/pessoal/utensílios/equipamentos? Atende ao padrão de mínimo de qualidade? Disponibilizado em quantidade suficiente?	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]

COMENTÁRIO
*Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*

É realizada a limpeza e higienização periódica das caixas d' água?

[ ] SIM [ ] Não

COMENTÁRIO
*Se **INADEQUADA**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?*

Há registro da última limpeza e higienização das caixas d' água?

[ ] SIM [ ] Não

COMENTÁRIO
Última limpeza/higienização: _____/_____/_____
Responsável pela prestação do serviço: _____

A última dedetização e desratização foram realizadas há menos de 06 (seis) meses? *[Se **INADEQUADA**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*

[ ] SIM [ ] Não

COMENTÁRIO
Última dedetização: _____/_____/_____
Última desratização: _____/_____/_____
Responsável pela prestação do serviço: _____

Os comprovantes da prestação dos serviços de limpeza e higienização das caixas d'água, dedetização e desratização estão fixados em local visível?

[ ] SIM [ ] Não

COMENTÁRIO
*Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*

A unidade possui extintores?	[ ]	[ ]	[ ]

COMENTÁRIO
*Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*
*Se **SIM**, qual o número e tipo de extintores?*

Há extintores de incêndio dentro da validade?	[ ]	[ ]	[ ]

COMENTÁRIO
*Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*

O uso de EPIs pela equipe está sendo cumprido?	[ ]	[ ]	[ ]

COMENTÁRIO
*Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*
*Se **SIM**, quais são os EPI's necessários? Há termo de entrega/recebimento dos EPI's [**ANEXAR**]?*

EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIO

Inventário de Bens Patrimoniados *[**APRESENTAR** relação. Se **NÃO**, justificar e especificar providências a ser adotadas]*

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Inventário de Bens Doados *[**APRESENTAR** relação. Se **NÃO**, justificar e especificar providências a ser adotadas]*

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Condições de Uso *[Se **INADEQUADA**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*

[ ] ADEQUADA [ ] INADEQUADA [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Falta de Equipamento *[Se **SIM**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Falta de Mobiliário *[Se **SIM**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Inservíveis – retirada/destinação *(Se **SIM**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?)*
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO

A unidade possui computadores/equipamentos para todos os servidores e funcionários?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*

Qual o total de computadores disponíveis [em uso]? _____

Há computadores danificados ou não operacionais na unidade?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM**, justificar. Quantos? _____. Quais as providências e ações foram adotadas?*

Os computadores em funcionamento na unidade tem acesso à rede de internet [banda larga]?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **NÃO**, quais as providências e ações foram adotadas?*

Há local ou armário seguros [com tranca] para guardar os equipamentos mais caros?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **NÃO**, quais as providências e ações foram adotadas?*

RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
O recebimento é feito por pessoa treinada?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há inspeção de recebimento [conferência de quantidade, lote, validade e integridade, nota fiscal, dentre outros]?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

As quantidades recebidas X pedidas são verificadas no recebimento?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Produtos avariados/reprovados são separados imediatamente?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Existe procedimento para fracionamento?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.* *Se **SIM**, há registro de fracionamento/ordens de fracionamento com registro específico com conferência final?*			

Existe POP para recebimento de termolábeis [cadeia de frio]?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

As condições de transporte são verificadas no recebimento?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

As condições de temperatura, umidade e outras é verificada no recebimento?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há área específica para recebimento/expedição de produtos termolábeis para assegurar exposição mínima a temperatura ambiente ou são refrigeradas?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

ARMAZENAMENTO E ORGANIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Os produtos são organizados por ordem alfabética, classificação terapêutica ou curva ABC?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
Existe separação clara entre medicamentos, correlatos, EPI's, saneantes e alimentos?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
Há controle rigoroso de validade [FEFO/PVPS – Primeiro que vence, primeiro que sai]?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
Medicamentos termolábeis estão armazenados em câmara refrigerada [2°C a 8°C]?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.* *Se **SIM**, a câmara refrigerada é exclusiva para medicamentos? Há espaço entre as embalagens a permitir a livre circulação do ar frio?*			
O CAF dispõe de termohigrômetros [instrumentos que medem simultaneamente a temperatura e a umidade relativa do ar em um único aparelho]?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.* *Se **SIM**, são digitais ou analógicos, com sonda? Quantos há instalados no prédio? Em qual local estão instalados? Qual a faixa de medição? Há instrumentos de reposição em caso falhas, defeitos ou necessidade de manutenção? Há gerador/nobreak regularmente testados acerca da reserva de energia? A medição é dupla [temperatura (termômetro) e umidade (higrômetro) no mesmo aparelho]? Possui sensores internos e externos? Se digital, possui recursos extras [exibição de hora, alarme, memória temperatura/umidade máximas e mínimas]? Como é realizado o controle [regularidade de checagem, registro e controle]. Há datalogger [coleta, armazena e analisa dos dados e detecta falhas (alertas)]? A calibração é realizada? Com qual periodicidade? Tem certificado?*			
Psicotrópicos/Entorpecentes estão em armário resistente e trancado, sob guarda do farmacêutico?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
Amostras grátis estão proibidas?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há inspeção regular para confirmar se há espaço entre as caixas [sem encostar nas paredes]?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há inspeção regular para confirmar se as borrachas da porta estão vedando adequadamente?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há plano de contingência em caso de quedas de energia ou falha do equipamento [câmara e/ou termohigrômetros]?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há relatório de ocorrência a informar horário inicial/final da falha, as temperaturas máxima/mínima atingidas [registro sequencial com intervalo pré-definidos no POP] e as medidas tomadas?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.* *Se **SIM**, **ANEXAR** formulário. **INFORMAR** se nos últimos 12 meses houve registro de ocorrência.*			

Os sentidos e empilhamentos máximos são observados?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Possui plano de contingência para armazenamento?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

DISPENSAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Existe sistema de rastreabilidade de medicamentos [lote/validade]?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

A dispensação é feita apenas mediante documentos autorizados?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Medicamentos de Alta Vigilância [MAV] estão identificados e segregados?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O CAF fornece informações sobre o uso seguro/armazenamento para os setores?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há procedimento de transporte [planejamento de rota e eficiência]?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O acesso aos medicamentos é restrito durante o processo de transporte? Há registro?	[ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O procedimento de transporte assegura que o primeiro produto a ser acondicionado seja o último a ser retirado?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há registro de limpeza dos veículos?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

As condições de temperatura e umidade são controladas no transporte?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O transporte de medicamentos termolábeis observa a cadeia de frio entre 2º C e 8º C?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.* *Se **SIM**, em longas distâncias, utilizam-se baús refrigerados; em trajetos curtos ou dispensação final, utilizam-se caixas térmicas com gelo reutilizável? As caixas térmicas são sanitizadas e resfriadas antes do carregamento? Há identificação nas caixas informando ser o tipo de medicamento e condições de armazenamento? A embalagem externa está devidamente lacrada e sem avarias? Os elementos frios [por exemplo, Gelox] estão em estado ideal [suados/condicionados] para não congelar os medicamentos? Há barreira física protegendo o medicamento do contato direto com o gelo para evitar congelamento, a comprometer a estabilidade? O tempo de exposição à temperatura ambiente durante carregamento e descarregamento é monitorado, sem realizado registro? Há datalogger? Há treinamento para os funcionários que realização a dispensação e distribuição, bem como, para aqueles que recebem os medicamentos nas respectivas unidades? Há termo de entrega/recebimento atestando as condições dos medicamentos, termolábeis ou não, devidamente assinado pelo(s) responsável(is)?*			

Os produtos devolvidos ou recolhidos são identificados para evitar mistura acidental?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há plano de contingência em caso de falha no veículo, a ensejar excursão de temperatura?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há relatório de ocorrência a informar horário inicial/final da falha, as temperaturas máxima/mínima atingidas [registro sequencial com intervalo pré-definidos no POP] e as medidas tomadas?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.* *Se **SIM**, **ANEXAR** formulário. **INFORMAR** se nos últimos 12 meses houve registro de ocorrência.*			

SISTEMA INFORMATIZADO DE GESTÃO

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
O CAF dispõe de sistema informatizado de gestão?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O software de gestão está atualizado?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O sistema está integrado com plataforma do governo federal? Do governo estadual? De outros municípios?	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O sistema possibilita "trilha de auditoria" [registra quem, quando e o que foi realizado em cada dado]?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Possui níveis de acesso [permite configurar perfis restritos]?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O sistema vincula obrigatoriamente cada entrada e saída a um número de lote e fabricante?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O sistema possibilita o registro histórico de toda a movimentação do item, desde a entrada [fornecedor/lote] até o destino final [paciente/unidade] – rastreabilidade total?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O sistema tem integração com NF-e [importa o XML da nota fiscal para evitar erros de digitação manual]?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O sistema prioriza automaticamente a saída de itens com vencimento mais próximo [FEFO/PVPS]?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O sistema possibilita o bloqueio automático de dispensação para lotes sob suspeita de desvio de qualidade ou com validade expirada? E alertas visuais [semáforo] para vencimentos próximos [30, 60 e 90 dias]?	[ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O sistema permite a realização de inventários rotativos e gera relatórios de divergência entre estoque físico e sistêmico?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
O sistema permite vincular a dispensação ao CNS – Cartão Nacional de Saúde ou CPF do paciente/requisitante?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
O sistema permite visualizar em tempo real o que foi enviado para cada unidade de saúde vinculada?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
O sistema dispõe de alertas automáticos de estoque crítico para evitar desabastecimento?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
O sistema vincula o quantitativo recebido do saldo total do contrato/empenho licitado?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
O sistema gera relatórios de Curva ABC [itens de maior valor/volume] e consumo médio mensal?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
O sistema permite exportação de dados em formatos abertos [CSV, XLS] para prestação de contas aos órgãos de controle [Controladoria/TCESP]?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
O sistema permite que as unidades de saúde realizem requisições eletrônicas, com fluxo de aprovação/atendimento pelo CAF?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O contrato estabelece política de migração de dados?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há procedimento definido para correção de eventuais erros?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

As correções de erros preserva a possibilidade de leitura do dado originalmente gravado?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Há backups regulares do sistema utilizado?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

São mantidos registros de recolhimento de medicamentos e outros materiais?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

DESPESAS

Procedimentos Licitatórios

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

ESPECIFICAR: *contratos cujas despesas corram à conta dos recursos alocados a sua respectiva Secretaria ou entidade da Administração Indireta, **ELABORAR PLANILHA**, contendo, necessariamente, o número do procedimento licitatório, aprovação da CGM para prosseguimento, objeto, valor da contratação, vigência, número de prorrogações, contratada e a identificação do fiscal (se comissão, relacionar membros).*

Contratação por Indenização

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

*Se **SIM**, **JUSTIFICAR** necessidade, bem como se há procedimento licitatório em curso, estimativa de regularização da situação. **ELABORAR PLANILHA**, contendo, necessariamente, o número do procedimento, objeto, valor da contratação, período, contratada e a identificação do fiscal.*

Notificações
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM**, especificar e apresentar notificações dos últimos 06 meses. Se **NÃO**, apresentar breve relato da regularidade do(s) contrato(s).*

Processos Sancionadores
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM**, especificar número do processo e breve relato do ocorrido.*

Despesas de pequeno valor e pronto pagamento – "Verbinha"
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM**, apresentar contabilidade dos últimos 06 meses.*

Recursos recebidos de programas específicos.
COMENTÁRIO

FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Há servidor(es) efetivo(s) responsável(is) pela fiscalização do contrato	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar. **INFORMAR** servidor(es) responsável(is).*			
O fiscal (ou servidor designado) acompanha o recebimento dos produtos adquiridos?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
O fiscal (ou servidor designado) realiza conferência sistemática de quantidade, prazos de validade, lote e série [rastreabilidade] e integridade das embalagens?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O fiscal (ou servidor designado) confere as notas fiscais com as ordens de fornecimento e empenho emitido previamente?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O fiscal (ou servidor designado) realiza periodicamente a verificação das condições do armazenamento e infraestrutura do CAF [controle de temperatura, organização, limpeza, segurança de acesso e identificação]?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O fiscal (ou servidor designado) realiza periodicamente a verificação das condições de dispensação e controle de estoque?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar..*			

O fiscal (ou servidor designado) realiza periodicamente a verificação das condições do sistema informatizado?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O fiscal (ou servidor designado) realiza a verificação das condições de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária da contratada antes de cada pagamento?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O fiscal (ou servidor designado) realiza anotações de ocorrências de todas as inconformidades na execução do contrato?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

O fiscal (ou servidor designado), nos últimos 12 meses, efetivou notificação à contratada acerca de inconformidades?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar. Se **SIM**, as inconformidades foram regularizadas? Houve necessidade de adoção de providências sancionatórias em desfavor da contratada?*			

CONSIDERAÇÕES RELEVANTES DA UNIDADE INSPECIONADA

Tecer considerações que entender pertinentes e que não tenha sido objeto de questionamento.

COMENTÁRIO

Sorocaba, XX de março de 2026.

João Pedro Arruda Fraletti Miguel
SECRETÁRIO DA SAÚDE

CHEFE DE DIVISÃO | CHEFE DE SEÇÃO | RESPONSÁVEL TÉCNICO