QUESTIONÁRIO – CORREIÇÃO ORDINÁRIA – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA/SES

EXPEDIENTE

Expediente	Correição Ordinária – Portaria n. 009/COR/2026
PA/SEI	**3552205.404.00018384/2026-11**
Objeto	Averiguação programada da regularidade da atuação do órgão.
Instauração	12/02/2026
Órgão Fiscalizador	Corregedoria Geral do Município de Sorocaba
Corregedor-geral	Otávio Martinez Isaquiel Ferreira
Instrução	**1ª Câmara Correcional** Flávia Camila Campos Canezin Sylvia Pauletti Roquette Campanati
Aporte Técnico	**2ª Câmara Correcional** Cibele Góes Viviane da Motta Berto **Centro de Análise de Informações e Assistência Técnica – CAIAT** Juliana Barbosa do Nascimento

SECRETARIA/UNIDADE INSPECIONADA

Secretaria	Saúde
Secretário (a)	
Órgão Inspecionado	Divisão de Vigilância Epidemiológica
Endereço	Rua Nain, 57, Jardim Betânia. CEP: 18071-650
Telefone	(15) 3229-7338
E-mail	epidemiologica@sorocaba.sp.gov.br

VISITA DE INSPEÇÃO *IN LOCO*

DATA

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

Quais espaços a Vigilância Epidemiológica possui?

[ ] Entrada com identificação
[ ] Hall de entrada
[ ] Estacionamento
[ ] Secretaria
[ ] Sala da coordenação
[ ] Sanitários - Funcionários [por gênero]
[ ] Sanitários - Munícipes [por gênero]
[ ] Cozinha funcionários/copa
[ ] 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 a Vigilância Epidemiológica 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***	

ORGANIZAÇÃO DO ÓRGÃO

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
A Vigilância Epidemiológica está formalmente instituída na estrutura da Secretaria Municipal da Saúde?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se SIM ou NÃO, especificar/justificar.*			
Existe ato normativo municipal (decreto, portaria ou resolução) que regulamente suas atribuições?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
O serviço possui organograma atualizado e descrição formal das funções da equipe?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
Há responsável técnico formalmente designado (com formação compatível)?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
O serviço dispõe de equipe multiprofissional suficiente para execução das ações?	[ ]	[ ]	[ ]
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.*			

Breve relato sobre a implantação da Vigilância Epidemiológica/função principal/relacionar os contratos vigentes/relacionar unidades atendidas/ transparência/ legislação pertinente/ programas governamentais/ fonte(s) de recurso(s), dentre outras informações pertinentes. Relacionar as instruções SES a serem observadas pelo órgão. ***COMENTÁRIO***

DOCUMENTAÇÃO E RESPONSABILIDADE TÉCNICA

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
A Vigilância epidemiológica possui 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.*			

CONTROLE DE AGRAVOS

Quais dos **Programas de Doenças Transmissíveis** existem na Vigilância Epidemiológica?		
[ ] Programa Municipal de IST AIDS e Hepatites Virais	[ ] Vigilância das Doenças Exantemáticas	[ ] Síndromes gripais
[ ] Controle de Tuberculose e Hanseníase	[ ] Controle de Arboviroses	[ ] Outros

COMENTÁRIO

Especificar/Comentar cada um com quantidade de funcionários em cada programa, legislação correlata, fluxo de atendimento, quantidade de processos autuados em 2025 em cada um desses programas, entre outros dados que entender relevantes.

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Existe uma equipe formalmente designada por portaria para atuar em surtos de doenças de transmissão hídrica ou alimentar?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
Existe identificação precoce de patógenos para evitar que casos isolados se tornem epidemias?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
Existe a implementação de testes específicos que atendam à realidade epidemiológica local (exames de biologia molecular para vírus emergentes)?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
Em casos de doenças transmitidas por vetores, qual o tempo médio entre a notificação e o início das ações de bloqueio em campo pela equipe da vigilância epidemiológica?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
O tempo entre a coleta e a liberação do resultado para doenças de interesse epidemiológico (ex. Dengue e Meningite) atende aos parâmetros técnicos?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Qual o tempo médio entre a coleta da amostra na unidade de saúde e a liberação do resultado no sistema de Vigilância?
Resposta:

Existe uma atuação conjunta com a equipe de Zoonoses para o controle de Aedes Aegypti, monitoramento de Leishmaniose e outros?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Qual o procedimento adotado em caso de amostras "inadequadas" ou "insuficientes"? O solicitante é notificado imediatamente?			
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Os equipamentos laboratoriais possuem selos de calibração e contratos de manutenção preventiva vigente?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Existe um fluxo formalizado para a troca de informações entre o laboratório e a vigilância epidemiológica?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Quais exames de "vigilância" (ex. Biologia molecular para dengue/influenza) são realizados localmente e quais dependem do Instituto Adolfo Lutz?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

São realizadas ou encaminhadas amostras para o Instituto Adolfo Lutz (referência estadual) em casos de suspeitas de surtos (meningites ou novas variantes de gripes)?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

As investigações de surtos ocorridos nos últimos 12 meses possuem relatório final com a identificação do nexo causal e medidas preventivas adotadas?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

Como é feito o gerenciamento de endemias (Dengue, Zika, Chikunguia, Malária e outros)?
COMENTÁRIO** **(especificar, comentar, esclarecer fluxos e protocolos):

Como é feito o gerenciamento das doenças de alta complexidade (exemplos: HIV/Aids, Hepatites)?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos e protocolos)*

Como é feito o gerenciamento das doenças exantemáticas?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos e protocolos)*

Como é feito o gerenciamento das síndromes gripais?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos e protocolos)*

GESTÃO DE DADOS E NOTIFICAÇÃO – SINAN, SIM, SINASC

Como é feita a busca ativa de casos em hospitais privados e filantrópicos de Sorocaba para garantir que não haja subnotificação?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos):*

Como é feito o recolhimento das Vias Brancas da Declaração de Óbito (DO) e Declaração de Nascido Vivo (DNV) nas unidades notificadoras (hospitais e maternidades) de Sorocaba?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos):*

Qual a porcentagem de campos em branco ou "ignorado" identificada nas variáveis de maior relevância (ex: escolaridade da mãe, peso ao nascer, causa básica do óbito)?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos):*

Como é realizado o cruzamento de dados com os Cartórios de Registro Civil para identificar nascimentos ocorridos em domicílio ou fora do sistema hospitalar?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos):*

Qual o percentual de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) e óbitos infantis que passam por investigação epidemiológica no município?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos):*

Qual o percentual de “campos em branco” ou “ignorado” nas fichas de notificação de doenças de alta relevância (ex: sífilis congênita e tuberculose)?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos):*

Qual o percentual de campos essenciais (raça/cor, ocupação, escolaridade) que são “ignorados” ou ficam “em branco)?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos):*

Qual o percentual de fichas de notificação compulsória imediata que são processadas em menos de 24 horas?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos):*

Qual o intervalo médio entre a notificação do agravo no SINAN e o encerramento da investigação pela equipe técnica?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos):*

Nos sistemas SINAN, SIM e SISNAC, quais os índices de casos que permanecem “abertos” além do prazo de 60 dias sem conclusão de investigação?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos):*

Como o SIM e o SINASC são integrados para o cálculo de indicadores de mortalidade infantil e perinatal?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos):*

Como é feita a interface com a GVE - Grupo de Vigilância Epidemiológica do Estado, para casos que extrapolam o limite do município?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos):*

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
Com base no SINAN, ocorrem ações específicas para evitar que gestantes com HIV ou hepatite transmitam o vírus para o bebê durante o parto o amamentação?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM, qual o percentual de êxito? Se NÃO**, especificar/justificar.*			

Com base no SINAN, ocorrem estratégias para busca ativa?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM ou NÃO**, especificar/justificar.*			

Com base no SINAN, ocorre análise dos dados para identificar perfis de vulnerabilidade e planejar campanhas de prevenção?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM ou NÃO**, especificar/justificar.*			

Existe busca ativa em prontuários hospitalares e no SVO (Serviço de Verificação de Óbitos)?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM, qual o percentual de êxito? Se NÃO**, especificar/justificar.*			

Os comitês de investigação de óbito materno, infantil e por causas mal definidas estão ativos e com reuniões periódicas registradas em ata?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM ou NÃO**, especificar/justificar.*			

Os dados gerados por esses sistemas são transformados em boletins epidemiológicos para subsidiar a gestão das UBSs e do CMAE?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM ou NÃO**, especificar/justificar.*			

Os codificadores municipais utilizam ferramentas de apoio (como seletor de causa básica) para garantir a padronização conforme a CID-10?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM ou NÃO**, especificar/justificar.*			

Os bancos de dados (SIM, SINAN, SINASC) estão devidamente atualizados e espelhados com o nível estadual dentro dos prazos legais?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM ou NÃO**, especificar/justificar.*			

O município cumpre o prazo de 60 dias após o encerramento do mês de ocorrência para a transmissão dos dados ao nível estadual?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM ou NÃO**, especificar/justificar.*			

PIN – PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
As vacinas (termolábeis) são armazenadas entre 2°C e 8°C?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO			

As leituras de temperatura máxima e mínima dos equipamentos de refrigeração são registradas diariamente (no início e fim do expediente), inclusive em finais de semana e feriados?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM ou Se NÃO**, especificar/justificar.*			

A unidade possui um plano de contingência escrito para falta de energia elétrica ou defeito nos equipamentos? Para onde as vacinas são remanejadas?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se SIM ou NÃO, especificar/justificar.*			

As vacinas estão organizadas nas câmaras seguindo o protocolo do PNI (evitando contato com paredes e permitindo circulação de ar)?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se SIM ou NÃO, especificar/justificar.*			

Existe um cronograma de manutenção preventiva para as câmaras frias e termômetros?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se SIM ou NÃO, especificar/justificar.*			

Existe um plano de ação documentado para busca ativa de faltosos em vacinas prioritárias (EX: BCG, Tríplice Viral, Pentavalente, Poliomielite)?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se SIM ou NÃO, especificar/justificar.*			

Todas as áreas de abrangência do município possuem coberturas similares ou existem "bolsões" de baixa vacinação em bairros periféricos?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se SIM ou NÃO, especificar/justificar.*			

A vigilância realiza busca ativa de eventos adversos graves em prontuários de unidades de pronto atendimento (UPAs)?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se SIM ou NÃO, especificar/justificar.*			

Houve registro de erros de administração (dose errada, via errada, validade)?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM,** qual foi a conduta de educação continuada adotada com a equipe?*			

Qual é a cobertura atual para vacinas estratégicas (ex: Pentavalente, Tríplice Viral e Polio)? O município atinge a meta de 95%?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos):*

Como a unidade identifica crianças com esquemas vacinais atrasados? Existe integração com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos):*

Como é feito o controle de validade e o remanejamento de doses entre as Unidades Básicas de Saúde para evitar perdas técnicas?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos):*

Diante de um caso suspeito de Sarampo ou Rubéola, qual o tempo de resposta para o bloqueio vacinal em torno do caso?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos):*

Como é feito o fluxo de notificação de **Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV)**? Qual o prazo médio entre a ocorrência e o registro no sistema (e-SUS/SI-PNI)?
***COMENTÁRIO** (especificar, comentar, esclarecer fluxos):*

ATENDIMENTO AO PÚBLICO/PROTOCOLO/ARQUIVO/REGISTRO

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
A Divisão possui cópia atualizada das normas municipais e estaduais que regem a vigilância em saúde em Sorocaba?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se SIM ou NÃO, especificar/justificar.*			

A Vigilância Epidemiológica realiza atendimento ao público?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se SIM ou NÃO, especificar/justificar.*			

Em caso de atendimento ao público, quais serviços são ofertados?				
[ ] Atendimentos por acidentes por animais peçonhentos	[ ] Consulta médica	[ ] Consulta enfermagem	[ ] Exames	[ ] Vacinas
[ ] Dispensação de medicamentos	[ ] Testes rápidos	[ ] Preventivo/Educativo	[ ] Não se aplica	
Outras. Especificar _____				

Número de pacientes atendidos em média, mensalmente:			
_____ Infantil	_____ Adulto	_____ Idosos	_____ Com necessidades especiais

Número médio de atendimento mensal, nos programas:			
[ ] Dengue/Zika/Chikungunya	[ ] Leishmaniose	[ ] Acompanhamento Multidisciplinar	
[ ] Febre Maculosa	[ ] Malária	[ ] Medicamentos gratuitos	
[ ] Tuberculose/Hanseníase	[ ] IST/Aids	[ ] Doenças exantemáticas	[ ] Outros, especificar

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 estadual/federal?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

A Vigilância Epidemiológica possui orientações visíveis sobre horários de funcionamento e canais de ouvidoria?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			

A Vigilância Epidemiológica 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
[ ] SATISFATÓRIO [ ] INSATISFATÓRIO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*

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

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

A Vigilância Epidemiológica possui **número apropriado de funcionários** [estatutários e terceirizados] com qualificações adequadas?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO

As **avaliações de estágio probatório** estão sendo realizadas nos prazos?
[ ] ADEQUADA [ ] INADEQUADA [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO. Informar nominalmente os servidores que eventualmente estejam em estágio probatório.

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):	
[ ] Irregularidades no registro de ponto	Servidor (es):	
[ ] Outro. *Especificar*	Servidor (es):	

Existem situações inadequadas praticadas por servidores em estágio probatório?		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
Se sim, informar se a conduta inadequada constou na avaliação de estágio probatório? Houve adoção de providências posteriores?		

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		

Existem relatórios de produtividade?		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
Se sim, esclarecer metodologia aplicada, informando média mensal de solicitações e conclusões.		

Existe trabalho em regime remoto (*home office*)? Se sim, é realizado durante a jornada regular de trabalho?		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
Se sim, esclarecer metodologia aplicada, regulamentação legal (instrução normativa, decreto ou outro), forma de controle das atividades e critério de distribuição do trabalho.		

Os servidores da unidade efetuam hora extra, regularmente? Qual quantitativo (média mensal de horas realizadas) e quais cargos? Existe justificava da excepcionalidade?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
Se sim, comentar.

Existe um cronograma, com planejamento para gozo de férias dos servidores de modo a garantir a prestação dos serviços e o interesse público? Está sendo cumprido de maneira efetiva?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
Se sim ou não, comentar.

Escala de Trabalho A escala de profissionais é compatível com a demanda de notificações e o horário de funcionamento da unidade, bem como da escala de trabalho?
[ ] ADEQUADA [ ] INADEQUADA [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*

Existem escalas de Inspeção?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*

As escalas são definidas pela(s) chefia(s)?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*

Quantos fiscais compõe a equipe durante a realização de atos fiscalizatórios?
Comentar:

As visitas são aleatórias ou há cronograma pré-definido?
Comentar:

As rotas do dia são definidas pelos fiscais?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*

Há sistema de rodízio de fiscais por região?

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO
*Se **SIM, informar se o rodízio é definido pela chefia. Se NÃO**, especificar/justificar.*

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

Há registro das últimas capacitações técnicas oferecidas aos profissionais das UBS's sobre atualização do calendário vacinal ou manejo clínico de arboviroses?

[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA

COMENTÁRIO

Há registro de capacitações realizadas nos últimos 12 meses para os profissionais da rede (UBSs/UPAs) sobre preenchimento de fichas de notificação?

[ ] 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

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, vacinas e insumos devolvidos com controle de acesso?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
Há áreas de medicamentos, vacinas 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.*			
A vigilância Epidemiológica é isolada 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 **SIM**, especificar quais as providências e ações de melhoria foram adotadas? Se **NÃO**, especificar/justificar motivo.*			

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

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

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

Há sistema de videomonitoramento?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO

Há controle de entrada e saída de pessoas estranhas na unidade?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO

Há algum tipo de vigilância para o período diurno?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO

Há algum tipo de vigilância para o período noturno?
[ ] SIM [ ] NÃO [ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO

Há algum tipo de vigilância para finais de semana e feriados?		
[ ] SIM	[ ] NÃO	[ ] NÃO SE APLICA
COMENTÁRIO		

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 área específica para depósito de materiais de limpeza?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.*			
Como é realizado o descarte de resíduos biológicos e de perfurocortantes, e há comprovante de recolhimento por empresa especializada?			
COMENTÁRIO** **(especificar, comentar, esclarecer fluxos):			
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? *[Se **INADEQUADA**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?]*
[ ] SIM [ ] Não
COMENTÁRIO

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

A unidade possui extintores?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar.* *Se **SIM**, qual o número e tipo de extintores?*			

Os extintores estão 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		

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 **SIM,** especificar os materiais fornecidos. 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 **SIM,** especificar os materiais fornecidos. Se **NÃO**, quais as providências e ações foram adotadas?*

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 vacinas, 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.*			

A unidade possui 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 regulamentadas?	[ ]	[ ]	[ ]

COMENTÁRIO

*Se **SIM, esclarecer se são permitidas ou proibidas. Se 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 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.*			
A unidade 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.*			

Há procedimento para devolução de medicamentos, vacinas 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.*			

SISTEMA INFORMATIZADO DE GESTÃO

ITENS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
A unidade 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 pela Vigilância Epidemiológica?	[ ]	[ ]	[ ]
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 vacinas, 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. **INFORMAR** servidor(es) responsável(is).*			
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. **INFORMAR** servidor(es) responsável(is).*			
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. **INFORMAR** servidor(es) responsável(is).*			
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. **INFORMAR** servidor(es) responsável(is).*			
O fiscal (ou servidor designado) realiza periodicamente a verificação das condições do sistema informatizado?	[ ]	[ ]	[ ]
COMENTÁRIO *Se **SIM** ou **NÃO**, especificar/justificar. **INFORMAR** servidor(es) responsável(is).*			

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. **INFORMAR** servidor(es) responsável(is).*			

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

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.

SECRETÁRIO DA SAÚDE

CHEFE DE DIVISÃO

CHEFE DE SEÇÃO

RESPONSÁVEL TÉCNICO