

Roteiro Objetivo de Inspeção: RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

Unidade de Saúde:				Documento: 7.1
Identificação Serviço:		Data:		Versão: 1.2
Contato:		Avaliador:		Data: 05/04/2022

Nº	Indicador	Crítica	Aval	0	1	2	3	4	5	Marco Regulatório
1	Alvará Sanitário	C		Não possui Alvará Sanitário.	Alvará Sanitário vencido, sem pedido de renovação.	Alvará Sanitário vencido, com pedido de renovação ou em processo inicial de licenciamento.	Alvará Sanitário atualizado.	Alvará Sanitário atualizado, com pedido de renovação.	Solicitou renovação do Alvará Sanitário antes do vencimento nos últimos dois anos.	Art. 10 da RDC 63/2011
2	Projeto Básico de Arquitetura (PBA)	NC		Não possui PBA incluindo projeto de blindagem.	O serviço realizou modificações, sem solicitar a VISA e atualizar o PBA.	O serviço possui PBA atualizado e protocolado na VISA para avaliação.	O serviço possui Projeto Básico de Arquitetura (PBA), incluindo projeto de blindagem, atualizado e aprovado pela Vigilância Sanitária.	PBA revisado anualmente para verificação de possíveis adequações.	Existe procedimento interno estabelecendo a necessidade de atualização e aprovação do PBA na VISA antes de qualquer intervenção no serviço.	Art. 6º e Art. 7º da RDC 611/2022
3	Responsável Técnico (RT) pelo Serviço de Radiologia Intervencionista	NC		Não possui RT e substituto.	RT e substituto são profissionais legalmente habilitados, porém não foram formalmente designados pelo responsável legal.	RT é legalmente habilitado e formalmente designado, mas não possui substituto.	RT e substituto são profissionais legalmente habilitados e formalmente designados pelo responsável legal.	RT possui especialização em radiologia intervencionista.	RT e substituto possuem especialização em radiologia intervencionista.	Art. 13 da RDC 611/2022
4	Supervisor de Proteção Radiológica	NC		Não possui SPR e substituto.	SPR e substituto são profissionais legalmente habilitados, porém não foram formalmente designados pelo responsável legal.	SPR é legalmente habilitado e formalmente designado, mas não possui substituto.	SPR e substituto são profissionais legalmente habilitados designados formalmente pelo responsável legal para assumir a responsabilidade pelas ações relativas a proteção radiológica.	SPR ou substituto possui especialização em proteção radiológica.	SPR ou substituto possui especialização em proteção radiológica intervencionista.	Art. 14 da RDC 611/2022

5	Dimensionamento da Equipe	NC		Não possui profissional legalmente habilitado para alguma das atividades do serviço.	Equipe multiprofissional está subdimensionada, comprometendo a realização dos exames.	Dimensionamento é realizado apenas para a equipe que realiza os exames.	Possui equipe multiprofissional dimensionada de acordo com seu perfil de demanda.	Os profissionais que participam do procedimento intervencionista, além de legalmente habilitados, possuem nível superior.	Mesma condição anterior e são especialistas em intervencionismo.	Art. 12 da RDC 611/2022
6	Gestão de Documentos	NC		Os documentos não estão disponíveis ou os assentamentos não são realizados.	Dispõe de alguns documentos ou as normas, rotinas e protocolos operacionais não estão disponíveis.	Os documentos e assentamentos estão disponíveis, porém alguns desatualizados.	Mantém atualizados e disponíveis os seguintes documentos: Projeto Básico de Arquitetura e memorial descritivo aprovados pela VISA; relação e registro de todos os procedimentos radiológicos realizados, normas, rotinas, protocolos, protocolos operacionais; inventário dos produtos sujeitos a regime de VISA e de proteção radiológica, com comprovação de regularização junto a ANVISA, quando couber; relação nominal de toda a equipe, suas atribuições, qualificações e cargas horárias; e assentamentos que evidenciam a execução dos Programas de Educação Permanente, de Garantia de Qualidade e de Proteção Radiológica.	Os documentos estão em meio digital, com cópia de segurança (<i>backup</i>).	Documentos em meio digital, com cópia de segurança (<i>backup</i>) e acesso remoto à Vigilância Sanitária.	Art. 17 da RDC 611/2022

7	Programa de Educação Permanente (PEP)	NC		Não possui Programa de Educação Permanente.	Possui Programa de Educação Permanente, porém as capacitações não são realizadas com a frequência mínima de um ano.	Realizam as capacitações com frequência mínima de um ano, porém não realizam avaliações para demonstrar a eficácia das ações de capacitação e treinamento.	Possui Programa de Educação Permanente implementado para toda a equipe contemplando: capacitações e treinamentos inicial e periódicos, com frequência mínima anual; capacitações e treinamentos teóricos e práticos, baseados em abordagem de riscos, sempre que novos processos, técnicas ou tecnologias forem implementados, ou antes de novas pessoas integrarem os processos; e metodologia de avaliação de forma a demonstrar a eficácia das ações de capacitação e treinamento. As capacitações contemplam, no mínimo as normas, rotinas e procedimentos operacionais; segurança do paciente; gerenciamento de riscos inerentes às tecnologias utilizadas; PGQ; PPR; normas aplicáveis e são registradas contendo data, horário e CH, conteúdo ministrado, nome e a formação do instrutor e dos trabalhadores envolvidos.	O serviço incentiva a participação dos profissionais em cursos e eventos científicos externos na área de atuação.	Mesma situação anterior e o PEP é valorizado dentro da instituição sendo item determinante na avaliação de desempenho dos profissionais.	Art. 15 da RDC 611/2022
---	---------------------------------------	----	--	---	---	--	---	---	--	-------------------------

8	Vigilância e Notificação de Eventos Adversos	NC		Não realiza a vigilância e notificação dos eventos adversos ocorridos na instituição.	Realiza a vigilância dos eventos adversos, mas não notifica os dados ao SNVS.	O serviço realiza a vigilância dos eventos adversos, mas não notifica mensalmente os dados ao SNVS.	O serviço realiza a vigilância dos eventos adversos e notifica regularmente os dados ao SNVS.	Realiza a investigação dos eventos adversos graves, eventos sentinelas, eventos catastróficos e dos óbitos decorrentes de eventos adversos.	O serviço utiliza os resultados obtidos com a análise de indicadores de eventos adversos e das investigações para implementação de ações de melhoria e prevenção da recorrência de eventos.	Art 9º e Art 10 da RDC 36/2013; Art 8º inciso III, Art 23 inciso XIV, Art 62 da RDC 63/2011
---	--	----	--	---	---	---	---	---	---	---

9	Gerenciamento de Riscos	NC		Não possui manual e qualquer implementação de Gerenciamento de Riscos.	Possui manual mas o Gerenciamento de Riscos não está implementado.	Possui manual e as medidas de gerenciamento de riscos estão implementadas parcialmente.	O serviço implementa medidas para o aprimoramento constante dos procedimentos radiológicos e do gerenciamento dos riscos, contemplando: I - identificação, análise, avaliação, tratamento, monitoramento e comunicação dos riscos, conforme as demais normativas aplicáveis; II - identificação de possíveis falhas de equipamentos e erros humanos; III - investigação documentada que determine as causas das possíveis falhas de equipamentos, erros humanos; IV - execução das ações preventivas e corretivas identificadas durante as investigações; e V - notificações à autoridade sanitária competente das situações previstas nas normativas aplicáveis.	Registros das ações de Gerenciamento de Riscos em meio digital, com cópia de segurança (<i>backup</i>).	Registros das ações de Gerenciamento de Riscos em meio digital, com cópia de segurança (<i>backup</i>) e acesso remoto à Vigilância Sanitária.	Art. 39 e Art. 41 da RDC 611/2022
10	Manutenções dos Equipamentos	NC		Não realiza manutenções.	Realiza apenas as manutenções corretivas.	Realiza manutenções preventivas e corretivas, porém os registros estão com dados incompletos.	O serviço realiza manutenções preventivas e corretivas e dispõe dos registros de todos os serviços executados no sistema de radiologia intervencionista, contendo, no mínimo, a identificação do equipamento implicado, o detalhamento do serviço, a identificação do responsável pela execução e a assinatura do representante do serviço de saúde.	Possui registros das manutenções em meio digital, com cópia de segurança e relatórios mensais das programações e atividades.	Mesma situação anterior e realiza avaliação anual dos registros das manutenções com elaboração de plano de ação.	Parágrafo único do Art. 28 e inciso IV do Art. 77 da RDC 611/2022; Inciso IX do Art. 23 da RDC 63/2011

11	Climatização	NC		Não existe sistema de climatização artificial.	Existe sistema de climatização artificial, porém visivelmente em más condições de limpeza, manutenção, operação e controle e/ou sistema inadequado (ar condicionado de parede).	Sistema de climatização em condições adequadas de limpeza, manutenção, operação e controle, porém sem os devidos registros e/ou não existe controle da qualidade do ar conforme normas regulamentadoras e/ou sem um responsável técnico habilitado (quando capacidade acima de 60.000 BTU) e Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC).	Sistema de climatização em condições adequadas de limpeza, manutenção, operação e controle com registro. Existe controle da qualidade do ar interno seguindo normas regulamentadoras e Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC). Para sistemas com capacidade acima de 5 TR (15.000 Kcal/h= 60.000 BTU/H), dispõe de responsável técnico habilitado .	Mantém PMOC atualizado e cumpre as atividades estipuladas dentro da periodicidade estabelecida, bem como as recomendações a serem adotadas em situações de falha do equipamento e de emergência com os devidos registros.	Existe um programa de gerenciamento das condições de climatização do serviço de saúde, com relatórios de análise técnica e registro de análise de problemas e ações de melhorias adotadas.	Art. 35 da RDC 63/2011, Itens 7.5 e 7.5.1 da Parte III da RDC 50/2002, Artigos 5º, 6º e anexo da Portaria 3523/1998; Art. 1º da Lei 13.589/2018
12	PGRSS	NC		Não possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.	O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está em elaboração.	O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está incompleto e/ou não possui comprovação de capacitação e treinamento dos funcionários.	Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos implementado efetivamente e dispõe de cópia do contrato e licença ambiental vigentes da empresa terceirizada responsável pela destinação final dos RSS.	O PGRSS está disponível para consulta no setor de radiologia intervencionista.	O PGRSS é sistematicamente avaliado e ações de conformidade registradas no serviço de saúde.	Art. 23, Inciso X, da RDC 63/2011; Art.2º, Art.5º e inciso XI do Art.6º da RDC 222/2018

13	Programa de Garantia de Qualidade-PGQ	NC		Não possui manual e qualquer implementação de PGQ.	Possui manual mas o PGQ não está implementado.	Possui manual e o PGQ está implementado parcialmente.	PGQ implementado e contemplando, no mínimo, o gerenciamento das tecnologias, dos processos e dos riscos inerentes ao serviço de radiologia intervencionista.	Registros do PGQ em meio digital, com cópia de segurança (<i>backup</i>).	Registros em meio digital, com cópia de segurança (<i>backup</i>) e acesso remoto à Vigilância Sanitária.	Art. 5º e Art. 24 da RDC 611/2022
14	Programa de Proteção Radiológica (PPR)	NC		Não possui Plano de Proteção Radiológica e qualquer implementação do PPR.	Possui Plano de Proteção Radiológica mas o PPR não está implementado.	Possui Plano de Proteção Radiológica e o PPR está implementado parcialmente.	Programa de Proteção Radiológica implementado e contemplando, no mínimo, medidas de prevenção, de controle e de vigilância e monitoramento, para a garantia da segurança e da qualidade dos procedimentos radiológicos.	Registros do PPR em meio digital, com cópia de segurança (<i>backup</i>).	Registros em meio digital, com cópia de segurança (<i>backup</i>) e acesso remoto à Vigilância Sanitária.	Art. 42 da RDC 611/2022
15	Dosimetria Pessoal	C		Não possui contratação de dosimetria pessoal.	Não possui contratação de dosimetria pessoal para todos os indivíduos ocupacionalmente expostos.	Todos os indivíduos ocupacionalmente expostos possuem dosímetro, porém não são exclusivos para cada setor ou não realizam investigação nos casos de doses que atingem ou excedem os níveis de investigação.	Dispõe de dosímetros individuais para todos os indivíduos ocupacionalmente expostos e exclusivos para o setor de radiologia intervencionista. Nos casos de doses efetivas mensais superiores a 20 mSv os resultados da investigação são assentados e comunicados a autoridade sanitária competente. Quando os valores mensais relatados de dose efetiva forem superiores a 100 mSv, o RL providencia avaliação clínica e a realização de exames complementares, incluindo dosimetria citogenética, a critério médico, dos usuários afetados.	São realizadas trimestralmente avaliações das exposições ocupacionais e ao identificar problemas ou necessidades de melhoria ações são implementadas e registradas.	São realizadas mensalmente avaliações das exposições ocupacionais e ao identificar problemas ou necessidades de melhoria ações são implementadas e registradas.	Art. 66 e Art. 69 da RDC 611/2022

16	Testes de Aceitação/Constância	C		Serviço não realiza nenhum dos testes de aceitação/constância.	Testes de constância, incluindo o teste semestral da qualidade da imagem, estão com prazo expirado ou foram realizados parcialmente.	Testes de aceitação ou constância indicam não conformidade e não foram tomadas ações.	O serviço de radiologia intervencionista realizou os testes de aceitação/constância, conforme Anexo I da IN 91/21, estabeleceu padrões de qualidade de imagem verificados semestralmente, garante a sua manutenção, e assegura que os equipamentos são operados apenas dentro das condições de uso estabelecidas nesta Resolução, nas demais normativas aplicáveis, e nas especificações dos fabricantes.	Realiza os testes de constância em periodicidade inferior ao exigido na norma.	Mesma condição anterior e suspende o funcionamento do equipamento quando os testes demonstram que está sendo operado nos limites da faixa de tolerância, mesmo antes de atingir o nível de restrição.	Art. 28 da RDC 611/2022, Art. 8º e Anexo I da IN 91/21
17	Levantamento Radiométrico (LR)	C		Não dispõe de levantamento radiométrico.	Levantamento radiométrico realizado, porém a estrutura representada no croquis não coincide com a encontrada no serviço ou houve modificação de equipamento/carga de trabalho.	Levantamento radiométrico com prazo de validade expirado ou apresentando não conformidades sem indicar adequações.	Realizado a cada 04 anos e com assentamentos que incluem: croquis da instalação e vizinhanças, com o leiaute apresentando o equipamento e o painel de controle, com indicação da natureza/ocupação das salas adjacentes; identificação do equipamento; descrição da instrumentação utilizada e da calibração; descrição dos fatores de operação utilizados no levantamento; carga de trabalho máx. estimada e os fatores de uso relativos às direções do feixe primário; leituras em pontos dentro e fora da área controlada e os pontos de leitura estejam assinalados nos croquis; conclusões e recomendações aplicáveis; data, identificação, qualificação profissional e assinatura do responsável pelo laudo de LR, e assinatura do responsável legal.	Realizado em periodicidade inferior a 04 anos.	Mesma condição anterior e obteve resultado da leitura, em todos os pontos, compatível com níveis de área livre.	Art. 62, Art. 63 e Art. 64 da RDC 611/2022

18	Sinalização	NC		Não possui sinalização luminosa e avisos.	Não possui sinalização luminosa ou avisos.	Possui sinalização luminosa e avisos, mas a sinalização não está funcionando ou algum dos avisos não esta visível.	Possui sinalização luminosa vermelha acima da face externa da(s) porta(s) de acesso, durante os procedimentos radiológicos, indicando que pode haver exposição à radiação, além do símbolo internacional da radiação ionizante e da inscrição "Raios X, entrada restrita" ou "Raios X, entrada proibida a pessoas não autorizadas".	Além da sinalização luminosa e avisos, possui sinalização de feixe de raios X em uso, ligado diretamente no equipamento.	Mesma condição anterior e possui aviso luminoso de porta aberta.	Art. 52 da RDC 611/2022
19	Equipamento de Proteção Individual (proteção radiológica)	C		Não dispõe de EPI para algum dos participantes do procedimento.	EPI's são compartilhados com outros setores/salas ou não são testados semestralmente.	EPI's em quantidade suficiente, testados semestralmente porém os laudos técnicos de integridade com os resultados não dispõem das respectivas imagens.	Dispõe de equipamentos de proteção individual compatíveis com o tipo de procedimento radiológico e em quantidade suficiente para prover proteção adequada a todos os profissionais, quando do uso simultâneo de todas as salas de procedimento. São testados semestralmente e elaborados laudos técnicos de integridade com os resultados e respectivas imagens.	Verificados em periodicidade menor que seis meses ou possui óculos protetores.	Mesma condição anterior e substituídos periodicamente independentemente dos testes.	Art. 57 e art. 58 da RDC 611/2022; Art.9º da IN 91/2021
20	Equipamento de Proteção Coletiva	C		Não dispõe de visores plumbíferos ou cortinas plumbíferas.	Dispõe de visor e cortina plumbífera, porém apresentam danos comprometendo a proteção.	Dispõe de visor e cortina plumbífera, mas estão com danos nas extremidades, que não prejudicam a proteção.	Dispõe de visores plumbíferos e cortinas plumbíferas.	Verificados em periodicidade menor que seis meses.	Mesma condição anterior e são substituídos periodicamente independentemente dos testes.	Inciso VII do Art. 7º da IN 91/21

21	Estrutura Física	C		Não apresenta todos os ambientes estabelecidos em legislação.	Posto de enfermagem e serviços ou área de indução e recuperação pós anestésica, incompatível com o número de salas e/ou leitos.	Área de comando compartilhada com mais de duas salas.	Dispõe no mínimo de consultório indiferenciado (<i>in loco</i> ou não) área de recepção de pacientes, área de escovação (02 torneiras para cada sala de exames), área de comando e componentes técnicos (01 p/ cada sala de exames, podendo ser compartilhada para duas salas), sala de exames e terapias, posto de enfermagem e serviços (1 a cada 12 leitos de recuperação pós anestésica), área de indução e recuperação pós anestésica (nº de leitos igual ao nº de salas +1).	Além dos ambientes obrigatórios, possui área específica para a guarda dos cateteres.	Além da condição anterior possui barreira física entre as áreas.	Unidade Funcional 4-4.2.5b da RDC 50/02
22	Sala de Exames	C		Não satisfaz nenhuma condição.	Apenas satisfaz a condição de 1,5m entre qualquer parede ao ponto de emissão de radiação.	Satisfaz a condição de 1,5m entre qualquer parede ao ponto de emissão de radiação, 1,0m das bordas laterais da mesa, 0,6 m das demais bordas ou extremidades do equipamento, mas não atende a dimensão mínima de 2,7m do pé direito.	Possui distâncias mínima entre as bordas ou extremidades do equipamento e todas as paredes da sala igual à 1,0 m das bordas laterais da mesa de exame do equipamento; 0,6 m das demais bordas ou extremidades do equipamento. Atende a distância mínima de 1,5m de qualquer parede da sala ou barreira de proteção ao ponto de emissão de radiação do equipamento, observando-se sempre os deslocamentos máximos permitidos pelo mesmo. Pé-direito mínimo de 2,7 m.	Mesma condição anterior, com distância > 1,5m de qualquer parede ao ponto de emissão de radiação do equipamento.	Mesma condição anterior, com distância > 1,0m das bordas laterais da mesa.	Unidade Funcional 4, item 4.2.4b da RDC 50/02

23	Acesso e Ambiente	C		Sala de exames não possui restrição de acesso ou utiliza as paredes para armazenamento de produtos.	Possui restrição de acesso, porém está danificada e existem alguns equipamentos/ acessórios alheios às atividades desenvolvidas no setor, passíveis de serem retirados no momento da inspeção.	Possui restrição de acesso, porém existem alguns equipamentos/ acessórios alheios às atividades desenvolvidas no setor, passíveis de serem retirados no momento da inspeção.	Sala de exames possui restrição de acesso e dispõe apenas dos equipamentos e acessórios indispensáveis à realização dos procedimentos radiológicos.	Sala possui acesso único, após o início do procedimento.	Mesma condição anterior com controle de acesso.	Incisos III e V do Art. 51 da RDC 611/2022
24	Manutenção da Estrutura Física	C		Instalações físicas com muita sujeira e com degradação que impossibilitam a limpeza.	Existem evidências de manutenções corretivas e preventivas, mas não há registro.	Há registro apenas das manutenções corretivas.	Realiza ações de manutenção preventiva e corretiva das instalações prediais, de forma própria ou terceirizada e mantém disponível documentação e registro. As instalações físicas dos ambientes externos e internos estão em boas condições de conservação, segurança, organização, conforto e limpeza.	Possui plano de manutenção predial preventiva e corretiva, atualizado periodicamente.	Mesma condição anterior e possui profissional responsável por avaliar periodicamente as condições da estrutura física.	Inciso VII do Art.23, Art. 36 e Art. 42 da RDC 63/2011
25	Processamento dos Artigos Médicos	C		Processa material com indicação na rotulagem "proibido reprocessar" ou que consta na lista da RE 2605/06.	Utiliza material processado sem rastreabilidade e sem método validado.	Utiliza material processado sem rastreabilidade ou sem método validado.	Utiliza material processado com rastreabilidade e validação do processo, além dos outros requisitos da RE 2606/2006.	Mesma condição anterior, limitando o uso a uma quantidade de vezes menor do que o indicado no processo de validação.	Utiliza apenas produtos novos e uma única vez.	RE 2605/06 e RE 2606/2006

26	Terceirização do Processamento (Quando Aplicável)	NC		Terceirizam o processamento de materiais em estabelecimento o que não é empresa processadora e/ou o próprio realiza atividades comerciais de processamento para outras instituições.	Terceirizam o processamento de materiais para empresa processadora que não possui regularização junto aos órgãos sanitários.	Existe contrato de terceirização assinado, mas com validade expirada ou o contrato não estabelece as responsabilidades das partes, em relação ao atendimento das especificações relativas a cada etapa do reprocessamento, ou a empresa terceirizada não possui alvará sanitário atualizado.	Existe contrato formal de terceirização do processamento com empresa processadora regularizada junto aos órgãos sanitários, com alvará sanitário válido.	Possui termo de referência (qualificação para fornecedor) para a contratação da empresa processadora.	Mesma condição anterior e realiza auditoria periódica na empresa processadora.	Art. 16 Caput e Parágrafo Único da RDC 15/2012 e Artigo 10 Parágrafo 1º, artigos 12 e 13 da RDC 156/2006
27	Uso e Guarda dos Dosímetros	NC		Pelo menos um dos indivíduos ocupacionalmente expostos não utiliza ou não são de uso individual.	Guarda os dosímetros e o padrão em local que não é área livre ou armazena os dosímetros individuais e padrão em locais distintos.	O dosímetro é de uso único, mas o profissional atua em mais de um setor.	Cada dosímetro é utilizado por único indivíduo ocupacionalmente exposto, exclusivamente no serviço de radiologia intervencionista para o qual foi contratado. Quando não está em uso é mantido junto ao dosímetro padrão em local seguro da área livre.	Possui dosímetros de área para monitorar os ambientes.	Além da monitoração individual, possui dosímetros pessoais de medidas de dose em tempo real.	Art. 65 e Art. 66 da RDC 611/2022
28	Registro do Equipamento	C		Equipamento produzido após o ano 2000 sem nunca ter possuído registro na ANVISA.	Sem identificação do registro ou do período comercializado.	Equipamento e componentes com registro, mas de diferentes fabricantes, sem relatório de aprovação do fabricante.	Equipamento regularizado junto a ANVISA.	Equipamento original e está no período de validade do registro.	Mesma condição anterior e com monitoramento, pelo fabricante, em tempo real.	Art. 25 da RDC 611/2022 e Art. 11 da RDC 579/2021

29	Indicações do Painel de Controle	C	Equipamento sem indicação no painel de controle dos parâmetros produto kerma x área e do kerma no ar de referência.	Equipamento não possui indicação de mais de um dos parâmetros básicos.	Equipamento não possui indicação de apenas um dos parâmetros básicos.	Os parâmetros operacionais, tais como tensão do tubo, filtração adicional, distância fonte-receptor de imagem, tamanho de abertura de campo, tempo acumulado em fluoroscopia, corrente do tubo de raios X, taxa de kerma no ar, do kerma no ar de referência e do produto kerma x área, quando aplicável, estão claramente indicados no equipamento.	Além dos parâmetros básicos o equipamento indica separadamente o kerma para os modos fluoro e cine.	Todos os parâmetros são salvos juntos com o exame.	Art. 5º e inciso IV do Art. 7º da IN 91/2021
----	----------------------------------	---	---	--	---	--	---	--	--