

CHECKLIST DE VISTORIA GRUPO CONDUTOR RCPD PRÉ HABILITAÇÃO (CER)

Orientações Gerais:

Este checklist é um documento obrigatório a ser preenchido na etapa de vistoria pelo(s) representante(s) locais do Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ou representante da gestão local de saúde.

A vistoria tem como objetivo observar o funcionamento do serviço de reabilitação, com vistas a subsidiar a tomada de decisão quanto a habilitação e/ou ampliação de porte pelo Ministério da Saúde.

Durante a visita de vistoria espera-se que sejam observados aspectos relativos à organização do cuidado; estrutura física e ambientes; equipamentos obrigatórios; recursos humanos e equipe mínima; e outras informações que julgarem relevantes. Sugere-se que o relatório de vistoria contemple as prerrogativas constantes no Anexo I.

O Grupo Condutor da RCPD deverá orientar sobre a devida atualização e manutenção das informações no módulo de profissionais no CNES para a submissão da proposta no SAIPS.

De acordo com a [Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo VI](#), compete ao Grupo Condutor acompanhar o processo de implantação e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – RCPD e em vista disso, sua participação/atuação torna-se primordial para o desenvolvimento da qualificação e ampliação do acesso em saúde e cuidado às pessoas com deficiência.

Destaca-se que os equipamentos obrigatórios contidos neste documento de vistoria são essenciais para habilitação de serviço de reabilitação em Centro Especializado em Reabilitação – CER II, CER III ou CER IV, a depender das modalidades pleiteadas.

Anexo I: Relatório descritivo para solicitação de **habilitação/ampliação** de porte de Centro Especializado em Reabilitação – CER II, CER III ou CER IV

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO	
DATA DA VISITA	
TIPO DA SOLICITAÇÃO	() NOVA HABILITAÇÃO () AMPLIAÇÃO DE PORTE
MUNICÍPIO/UF	
ENDEREÇO (CONFORME CNES)	
TELEFONE	
E-MAIL SERVIÇO	
NOME DO ESTABELECIMENTO	
CNES:	
NATUREZA JURÍDICA	() PÚBLICO () FILANTRÓPICO
GESTÃO	() ESTADUAL () MUNICIPAL
COMPONENTE	() CER II () CER III () CER IV
MODALIDADE	() AUDITIVA () FÍSICA () INTELECTUAL () VISUAL
HORÁRIO DE ATENDIMENTO:	__ horas às __ horas
RESPONSÁVEL TÉCNICO E CARGA HORÁRIA (CONFORME CNES)	

ABRANGÊNCIA ASSISTENCIAL (CONFORME SAIPS/PLANO DE AÇÃO)	
REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO À PESSOA COM ESTOMIA	() SIM () NÃO – SE NÃO, QUAL O CNES REFERÊNCIA: _____
REFERÊNCIA PARA CONCESSÃO DE OPM	AUDITIVA: () SIM () NÃO - SE NÃO, QUAL O CNES REFERÊNCIA: _____
	FÍSICA: () SIM () NÃO - SE NÃO, QUAL O CNES REFERÊNCIA: _____
	VISUAL: () SIM () NÃO - SE NÃO, QUAL O CNES REFERÊNCIA: _____
	GASTRO/URO: () SIM () NÃO - SE NÃO, QUAL O CNES REFERÊNCIA: _____
OBSERVAÇÕES ADICIONAIS (DEMAIS INFORMAÇÕES QUE CONSIDERAR IMPORTANTE, DATA DE FUNDAÇÃO DA INSTITUIÇÃO, SE ERA SERVIÇO DE SAÚDE, CNES ATIVO HÁ QUANTO TEMPO)	

ÁREA COMUM - APOIO, AMBIENTES ADMINISTRATIVO, LOGISTICO E TÉCNICO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)		
SALA DE ESPERA E RECEPÇÃO		
Quantidade	Nº	Observações
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Cadeira de rodas pediátrica	S() N()	
Cadeira de rodas adulto	S() N()	
Cadeira de rodas obeso	S() N()	
Outros Ambientes		
ÁREA PARA GUARDA DE MACAS E CADEIRA DE RODAS	S() N()	Observações
SALA ADMINISTRATIVA	S() N()	Observações
ALMOXARIFADO	S() N()	Observações
COPA PACIENTES/REFEITÓRIO	S() N()	Observações
ABRIGO EXTERNO DE RESÍDUOS SÓLIDOS	S() N()	Observações
EQUIPAMENTO DE GERAÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA ALTERNATIVA	S() N()	Observações
ÁREA DE EMBARQUE E DESEMBARQUE COBERTA	S() N()	Observações
ESTACIONAMENTO PARA TRANSPORTE SANITÁRIO ADAPTADO (2 vagas)	S() N()	Observações

ÁREA COMUM DE HABILITAÇÃO/REABILITAÇÃO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)		
ÁREA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA		
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Negatoscópio	S() N()	
Consultório Indiferenciado – CONSULTÓRIO INTERDISCIPLINAR PARA TRIAGEM E AVALIAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL		
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Negatoscópio	S() N()	

Balança Antropométrica infantil	S() N()		
Balança Antropométrica Adulto	S() N()		
Balança Antropométrica Obeso	S() N()		
Cadeira de rodas	S() N()		
Carro maca simples	S() N()		
Escada com 2 degraus	S() N()		
Estetoscópio Infantil	S() N()		
Estetoscópio Adulto	S() N()		
Esfigmomanômetro Infantil	S() N()		
Esfigmomanômetro Adulto	S() N()		
Termômetro	S() N()		
Oxímetro	S() N()		
Aspirador de Secreções Elétrico Móvel	S() N()		
Nebulizador Portátil	S() N()		
Reanimador Pulmonar Manual Pediátrico (Ambu)	S() N()		
Lanterna clínica	S() N()		
Consultório Indiferenciado - SALA DE ATENDIMENTO TERAPÊUTICO EM GRUPO INFANTIL			
Quantidade	N°	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)	
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()		
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS			
Mesa para atividades	S() N()		
Andador	S() N()		
Eretor Plataforma	S() N()		
Lousa interativa	S() N()		
Tablado para fisioterapia	S() N()		
Tablet	S() N()		
Consultório Indiferenciado - SALA DE ATENDIMENTO TERAPÊUTICO EM GRUPO ADULTO			
Quantidade	N°	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)	
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()		
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS			
Andador	S() N()		
Lousa interativa	S() N()		
Tablado para Fisioterapia	S() N()		
Tablet	S() N()		
Consultório Indiferenciado - SALA DE ATENDIMENTO TERAPÊUTICO INFANTIL			
Quantidade	N°		Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()		
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS			
Eretor Plataforma	S() N()		
Tablado para Fisioterapia	S() N()		
Tablet	S() N()		
Consultório Indiferenciado - SALA DE ATENDIMENTO TERAPÊUTICO ADULTO			
Quantidade	N°	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)	
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()		
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS			
Tablado para Fisioterapia	S() N()		
Tablet	S() N()		
Lanterna clínica	S() N()		
Consultório Indiferenciado - SALA DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE			
Quantidade	N°	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)	
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()		
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS			
Tablado para Fisioterapia	S() N()		
Tablet	S() N()		
Mesa para atividades	S() N()		
Consultório Diferenciado - SALA DE ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA - AVD			
Quantidade	N°		

O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
Cozinha	S() N()	
Quarto	S() N()	
Banheiro anexo acessível	S() N()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Cama	S() N()	
Armário	S() N()	
Mesa	S() N()	
Cadeiras	S() N()	
Geladeira	S() N()	
Fogão	S() N()	
SALA DE REUNIÃO		
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Negatoscópio	S() N()	
Lousa interativa	S() N()	
OUTROS AMBIENTES		
ÁREA DE CONVIVÊNCIA INTERNA	S() N()	Observações
ÁREA DE CONVIVÊNCIA EXTERNA	S() N()	Observações
ÁREA PARA ATIVIDADES LÚDICAS - ÁREA DE RECREAÇÃO E LAZER	S() N()	Observações
SANITÁRIO ACESSÍVEL (feminino e masculino) para usuários	S() N()	Observações
BANHEIRO ACESSÍVEL (feminino e masculino) para usuários	S() N()	Observações
SANITÁRIO ADAPTADO PARA PESSOAS ESTOMIZADAS (feminino e masculino)	S() N()	Observações
FRALDÁRIO INFANTIL	S() N()	Observações
FRALDÁRIO ADULTO	S() N()	Observações
SANITÁRIO ACESSÍVEL (feminino e masculino) para funcionários	S() N()	Observações
VESTIÁRIO ACESSÍVEL (feminino e masculino) para funcionários	S() N()	Observações

ÁREA ESPECIALIZADA DE REABILITAÇÃO AUDITIVA

Consultório diferenciado - OTORRINOLARINGOLOGIA		
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Cadeira Otorrinolaringológica	S() N()	
Fotóforo (foco frontal)	S() N()	
Otoscópio	S() N()	
Autoclave	S() N()	
Laringoscópio adulto	S() N()	
Laringoscópio infantil	S() N()	
Lanterna clínica	S() N()	
Videolaringoscópio	S() N()	
SALA DE ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO – SALA COM CABINE ACÚSTICA, CAMPO LIVRE, REFORÇO VISUAL E EQUIPAMENTOS PARA AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA		
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	Descrever e/ou justificar sobre os equipamentos que ainda não possuem neste ambiente:
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Cabine audiométrica	S() N()	
Otoscópio	S() N()	
Audiômetro	S() N()	
Sistema de Campo Livre	S() N()	

Imitanciômetro	S() N()	
Decibelímetro	S() N()	
Computador	S() N()	
SALA DE ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO – SALA PARA SELEÇÃO E ADAPTAÇÃO AASI – APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL		
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Otoscópio	S() N()	
Computador	S() N()	
Ganho de Inserção	S() N()	
SALA PARA EXAME COMPLEMENTAR – POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE TRONCO ENCEFÁLICO PEATE/BERA-EOA (EMISSIONES OTOACÚSTICA)		
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
BERA/PEATE – Sistema de potencial evocado auditivo de tronco encefálico	S() N()	
Emissões Otoacústica	S() N()	
Computador	S() N()	
Poltrona hospitalar (mobiliário básico)	S() N()	
Observação: O vistoriador deve-se atentar que os equipamentos cabine audiométrica e audiômetro podem estar em mais de um ambiente, conforme consta na Nota Técnica nº 16/2024-CGSPD/DAET/SAES/MS, portanto, há três possibilidades de configuração para o ambiente “sala para exame complementar”: A. Existir 3 ambientes: um com a cabine e audiômetro; um para BERA/EOA e um para AASI; B. Existir 2 Ambientes: um com a cabine, audiômetro e AASI e o outro somente para BERA; C. Existir 1 Ambiente: cabine, audiômetro, AASI e BERA. Informações complementares: (caso o serviço tenha outro tipo de atendimento inovador, ferramentas específicas, tecnologias assistivas)		

ÁREA ESPECIALIZADA DE REABILITAÇÃO FÍSICA		
Consultório diferenciado – FISIATRIA ou ORTOPEDIA		
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Adipômetro	S() N()	Descrever e/ou justificar sobre os equipamentos que ainda não possuem neste ambiente:
Baropodômetro	S() N()	
Dinamômetro	S() N()	
Eletromiógrafo	S() N()	
Esfigmomanômetro	S() N()	
Estadiômetro	S() N()	
Fotóforo	S() N()	
Lanterna clínica	S() N()	
Martelo de Reflexo	S() N()	
Negatoscópio	S() N()	
Podoscópio	S() N()	
SALÃO PARA CINESIOTERAPIA E MECANOTERAPIA - GINÁSIO		
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Espalдар em madeira (barra/escada de LING)	S() N()	
Andador (infantil)	S() N()	
Andador (adulto)	S() N()	

Barras Paralelas para Fisioterapia	S() N()	
Escada Linear para Marcha	S() N()	
Bicicleta Ergométrica Vertical	S() N()	
Cama elástica proprioceptiva	S() N()	
Mesa Ortostática	S() N()	
Eretor Plataforma	S() N()	
Muleta canadense regulável	S() N()	
Cicloergômetro	S() N()	
Muletas auxiliares em alumínio com regulagem de altura	S() N()	
Cadeira de rodas adulto	S() N()	
Cadeira de rodas infantil	S() N()	
Cadeira de rodas obeso	S() N()	
Tablado para Fisioterapia	S() N()	
Tábua de Propriocepção	S() N()	
Rampa para alongamento	S() N()	
Escada em L com rampa	S() N()	
Esteira ergométrica	S() N()	
Máquina para produzir gelo	S() N()	
Balancim Proprioceptivo	S() N()	
Rampa com degraus	S() N()	
Gangorra de Equilíbrio	S() N()	
BOX DE TERAPIAS		
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Aparelho de corrente interferencial	S() N()	
Aspirador de secreções	S() N()	
Elevador para transposição de leito	S() N()	
Reanimador pulmonar manual adulto (AMBU)	S() N()	
Estimulador Transcutâneo FES	S() N()	
Estimulador Transcutâneo TENS	S() N()	
Laser para Fisioterapia	S() N()	
Ultrassom para Fisioterapia	S() N()	
Manovacuômetro, ventilômetro/respirômetro	S() N()	
Panela elétrica para confecção de órtese	S() N()	
Soprador térmico	S() N()	
BIPAP/CPAP	S() N()	
Observação: Na ausência de paredes para separar os boxes de terapias, o estabelecimento poderá fazer uso de biombo para a separação dos boxes, caso necessário.		
Informações complementares: (caso o serviço tenha outro tipo de atendimento inovador, ferramentas específicas, tecnologias assistivas)		

ATENDIMENTO ÀS PESSOAS ESTOMIZADAS (CASO SE APLIQUE)			
Consultório Diferenciado - PARA ATENDER PESSOAS ESTOMIZADAS			
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)	
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()		
Itens/aspectos a serem observados	Status		
Lavatório	S() N()		
Banheiro anexo adaptado para atender pessoas estomizadas	S() N()		
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS			
Mesa de exames	S() N()		
Mesa	S() N()		
Cadeiras	S() N()		
Computador	S() N()		
Observação:			
Informações complementares: (caso o serviço tenha outro tipo de atendimento inovador, ferramentas específicas, tecnologias assistivas)			

--

ÁREA ESPECIALIZADA DE REABILITAÇÃO INTELECTUAL		
Consultório diferenciado - NEUROLOGIA		
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	Descrever e/ou justificar sobre os equipamentos que ainda não possuem neste ambiente:
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Martelo de Reflexo	S() N()	
Mesa de exames	S() N()	
Eletronecefalógrafo	S() N()	
Negatoscópio	S() N()	
Divã	S() N()	
Observação:		
.		
Informações complementares: (caso o serviço tenha outro tipo de atendimento inovador, ferramentas específicas, tecnologias assistivas)		

ÁREA ESPECIALIZADA DE REABILITAÇÃO VISUAL		
Consultório diferenciado - OFTALMOLOGIA		
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Cadeira Oftalmológica	S() N()	
Coluna Oftalmológica	S() N()	
Lâmpada de Fenda	S() N()	
Tonômetro	S() N()	
Oftalmoscópio	S() N()	
Oftalmoscópio Binocular Indireto	S() N()	
Lensômetro	S() N()	
Refrator de Greens (Refrator)	S() N()	
Retinoscópio	S() N()	
Lanterna Clínica	S() N()	
Campímetro	S() N()	
Fotóforo - Foco de Luz de Cabeça	S() N()	
Ceratômetro	S() N()	
Projektor Oftalmológico	S() N()	
Lanterna C Clínica	S() N()	
Foco Refletor Ambulatorial	S() N()	
Consultório Indiferenciado – SALA DE ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE		
Quantidade	Nº	Observações (Caso necessário, informar a quantidade dos equipamentos)
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	
EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS		
Bengala articulada	S() N()	
Balancim Proprioceptivo	S() N()	
Espalдар em Madeira (Barra/ Escada de Ling)	S() N()	
Barras Paralelas para Fisioterapia	S() N()	
Escada Linear para Marcha (sem rampa)	S() N()	
Gangorra de Equilíbrio	S() N()	
Balancim Proprioceptivo	S() N()	
Rampa com Degraus	S() N()	
Observação: Esta sala deverá ter características físicas e equipamentos e materiais de consumo que permitam treino da baixa visão. Dispor de boa iluminação e possibilidade de controle da mesma (dispor de "dimmer").		
Consultório Indiferenciado – SALA DE ORIENTAÇÃO PARA USO FUNCIONAL DE RECURSOS PARA BAIXA VISÃO		
Quantidade	Nº	Observações
O ambiente se encontra em uso para a finalidade apropriada?	S() N()	

EQUIPAMENTOS OBRIGATÓRIOS	
Tablet	S() N()
Lousa interativa	S() N()
Lupas de apoio e manuais	S() N()
Bengala articulada	S() N()
Observação:	
Informações complementares: (caso o serviço tenha outro tipo de atendimento inovador, ferramentas específicas, tecnologias assistivas)	

ANEXO I

Papel Timbrado da Secretaria de Saúde responsável pela vistoria do estabelecimento

RELATÓRIO

1. INTRODUÇÃO:

1.1 Dados do serviço de reabilitação e os participantes da reunião: profissionais/representantes da instituição e Grupo Condutor ou Secretaria Municipal/Estadual de Saúde).

2. INFORMAÇÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO:

2.1 Fluxos de regulação e Linhas de cuidados ou programa específicos (se existentes);

2.2 Participação da Atenção Primária à Saúde no processo de referência e contrarreferência dos atendimentos e matriciamento;

2.3 Explicações de como se dá o processo de alta qualificada;

2.4 Dinâmica de atendimentos aos usuários;

2.5. Ações desenvolvidas para Atendimento/acolhimento aos familiares e cuidadores.

2.5 Informações a respeito do uso de prontuários eletrônicos ou físicos;

2.6 Informações sobre a realização do Projeto Terapêutico Singular (descrever se contempla equipe multiprofissional, o usuário e sua família, quando couber);

2.7. Informações acerca da utilização Avaliação Biopsicossocial da funcionalidade durante o processo de triagem e avaliação global do usuário;

2.8. Dados relativos à concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) e se a unidade é referência para as dispensações. Caso a unidade não seja a referência. Como é realizado o fluxo de encaminhamento para o serviço de referência ao acesso de OPM?

2.9. Dados acerca de ações de articulação intersetoriais;

2.10. Atuação do serviço enquanto polo de formação, qualificação e educação permanente. Sobre parcerias com universidades no sentido de desenvolvimento de programas de estágios profissionais. Categorias profissionais contempladas se existir e outras informações desenvolvidas em parcerias

2.11. Atuação do serviço enquanto rede de pesquisa e desenvolvimento de inovações em tecnologia assistiva e reabilitação;

2.12. Informar se o município ou o serviço pretende fazer um planejamento para a oferta de ações em parceria esporte e educação profissional/trabalho/emprego/renda desenvolvidas no próprio estabelecimento de saúde ou articulação/parceria com as secretarias municipais pertinentes e outros

2.12 Relatos sobre inovações ou experiências exitosas realizadas pelo serviço.

3. CONCLUSÃO

3.1 Ateste do Grupo Condutor com relação à habilitação do serviço em questão em Centro Especializado em Reabilitação – CER II/III ou IV.

Representante do Grupo Condutor Estadual da RCPD

Data e Local

.