



## **INFORME PRÉVIO PARA PRESTADORES DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA**

Este documento deve ser preenchido pelo Responsável Técnico do Estabelecimento, juntamente com o seu Representante Legal. Após a leitura e compreensão da RDC 1002/2025 da ANVISA, e encaminhado no protocolo para concessão do alvará sanitário.

### **1.0 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

- 1.1 – Razão Social:
- 1.2 – Nome Fantasia
- 1.3 – CNPJ ou CPF (em caso de profissional Autônomo):
- 1.4 - Endereço:
- 1.5 - Responsável Técnico:
- 1.6 – Representante Legal da Empresa:

### **2.0 – CLASSIFICAÇÃO**

#### **2.1 - Os serviços classificados como complexidade A:**

- Ambiente de prestação de assistência odontológica sem anestesia:** ambiente que **não** configura consultório odontológico, destinado a procedimentos que não demandem o uso de equipo odontológico e nem utilizem anestesia ou sedação;
- Consultório Odontológico Individual Classe I (com ou sem sedação inalatória):** sala isolada devidamente equipada destinada à prestação de assistência odontológica com ou sem sedação inalatória;
- Consultório Odontológico Individual Classe II (com sedação endovenosa):** sala isolada devidamente equipada destinada à prestação de assistência odontológica com sedação endovenosa;
- Consultório Odontológico Coletivo:** são consultórios instalados em unidades de box, onde pode haver área de passagem entre as unidades;



( ) **Consultório Odontológico Compartilhado:** espaço constituído por um ou mais consultórios odontológicos individuais e com ambientes de apoio em comum (recepção, sanitário, CME), compartilhado por diferentes profissionais cirurgiões-dentistas, no qual atendem seus pacientes, de forma individual e em rotatividade, tendo como Responsável Técnico um profissional cirurgião-dentista. Inclui a modalidade de Coworking Odontológico;

( ) **Sala de Imagem Odontológica:** local destinado exclusivamente para a realização de exames com equipamento emissor de radiação ionizante como: RX intraoral, RX extraoral e Tomógrafo.

## **2.2 - O serviço classificado como complexidade B:**

( ) **O serviço classificado como complexidade B:** é o Centro Cirúrgico Odontológico.

## **2.3 – Modalidades de Assistência Extraestabelecimento:**

( ) **Unidade transportável:** equipo instalado em locais previamente estruturados e com permanência provisória, devendo, para tanto, apresentar equipamento adaptado e adequado ao atendimento odontológico;

( ) **Unidade móvel:** caracterizada por ser instalada sobre um veículo automotor, ou por ele tracionada, devendo, para tanto, apresentar equipamentos adequados ao atendimento odontológico e adaptados de tal forma que não sofram alterações em decorrência do transporte;

( ) **Unidade de atendimento portátil:** caracterizada pelo atendimento de pacientes com equipamentos portáteis, voltado principalmente para os casos de impossibilidade de locomoção do paciente, seja para pacientes com deficiências ou com necessidade de atendimento diferenciado, inclusive nos casos de pacientes hospitalizados.

( ) **Unidade de atendimento no espaço escolar:** caracterizada pelo atendimento de pacientes no âmbito do Programa Saúde na Escola, conforme a Portaria GM/MS nº 4.636 de 28 de junho de 2024 ou a que vier substituí-la.



### 3.0 - ESTRUTURA FÍSICA

Responder todos os itens a seguir:

3.1– Dimensões:

3.2 – Possui Projeto Básico Arquitetônico/Nome e nº do registro do profissional responsável pela elaboração:

3.2.1 – Projeto Básico Arquitetônico foi aprovado pela Vigilância Sanitária e possui Laudo de Conformidade:

3.3 – O estabelecimento dispõe de quais as áreas/salas:

3.4 – Possui Sistema de fornecimento de gases/Quais:

3.5 – Possui equipamento de Radiografia Odontológica/intraoral ou extraoral:

### 4.0– PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Descrever todos os procedimentos de assistência odontológica realizados do estabelecimento e o nome do profissional responsável pela realização do procedimento. Ex: Profilaxia – Maria da Silva, Aplicação de Toxina Botulinica – João da Silva.

### 5.0– RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

Descrever o nome do equipamento, número do seu registro e o órgão responsável pelo registro. EX: Autoclave – Registro ANVISA/MS: 000111112222 (os dados devem ser retirados da etiqueta fixada no equipamento).

### 6.0– GESTÃO DE DOCUMENTOS

Informar se possui os seguintes documentos:

6.1– Manual de Rotinas e POP´s atualizados e de acordo com a RDC 1002/2025:

6.2 – Plano de Gerenciamento de Resíduos atualizados:

6.2.1 – Plano anual de educação permanente:

6.2.2 – Plano de Monitoramento e Controle da Água:

6.2.3 - Plano de Segurança do Paciente - PSP, nos termos do art.119 da RDC 1002/2025:

6.2.4 - Plano de prevenção e controle de infecções - PP-IRAS:



6.3 – Protocolo e Procedimento Operacional Padrão para processamento dos Dispositivos Médicos, incluindo informações para rastreabilidade:

6.3.1 – Protocolo de Limpeza de ambiente e desinfecção de superfícies, ambientes e equipamentos:

6.3.2 - Protocolo de higiene das mãos, precauções e isolamento:

6.3.3 - Protocolo de encaminhamento do profissional, em caso de acidentes com perfurocortantes:

---

Assinatura do Responsável Técnico

---

Assinatura do Representante Legal