

## **RESOLUÇÃO SMG "N" Nº 618 DE 12 DE DEZEMBRO DE 2002 (DOM 13-12-02)**

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE GOVERNO, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor;

Considerando a necessidade de dotar as inspeções sanitárias de estabelecimentos odontológicos de mecanismos eficientes de uniformização de procedimentos;

Considerando que os critérios de avaliação dos estabelecimentos odontológicos estão baseados nos controles dos riscos aos agravos à saúde;

**RESOLVE:**

Artigo 1º - Constituir o Roteiro de Inspeção dos Estabelecimentos Odontológicos, conforme Anexos I, II e III.

Artigo 2º - Os estabelecimentos de assistência odontológica serão classificados e caracterizados pelos seguintes tipos:

A – Consultório Odontológico – possui até 03 (três) equipamentos odontológicos independentes entre si e isolados por parede até o teto, devendo ter uma área de espera comum ou em separado. Cada profissional deverá ter o seu Termo de Assentimento Sanitário;

B – Clínica Odontológica – possui mais de 03 (três) equipamentos odontológicos independentes entre si e isolados por paredes até o teto, devendo ter uma área de espera comum ou em separado e conta com um único Responsável Técnico e com Termo de Licença Sanitária.

C – Clínica Modular – possui um único espaço com área mínima de 6m<sup>2</sup> para cada equipamento odontológico e conta com um único Responsável Técnico e com Termo de Licença Sanitária.

D – Unidade Móvel Odontológica – adaptada e montada sobre um veículo automotor e conta com um único Responsável Técnico e com Termo de Licença Sanitária.

E – Unidade de Ensino Odontológico – vinculada ao ensino de pesquisa caracterizado por um único espaço com ou sem divisória com área mínima de 6m<sup>2</sup> para cada equipamento odontológico e conta com um único Responsável Técnico e com Termo de Licença Sanitária.

F – Policlínica – possui um único espaço com ou sem divisória com área mínima de 6m<sup>2</sup> para cada equipamento odontológico e conta com um único Responsável Técnico e com Termo de Licença Sanitária.

G – Unidade Portátil – montada em locais previamente estruturados e com permanência provisória, o equipamento odontológico é adaptado para estas condições e conta com um único Responsável Técnico, ponto de referência e com Termo de Licença Sanitária.

Artigo 3º - O critério adotado para a classificação é baseado no risco potencial inerente a cada um, em relação à atividade desenvolvida para o fornecimento de serviço e para a manutenção da Saúde da equipe profissional bem como do paciente.

§ 1º - Por sua importância, essa avaliação é considerada IMPRESCINDÍVEL - I para o controle do risco ao agravo à saúde, funcionando como requisito crítico para a sanção. Tal avaliação pode aprovar (SIM) ou reprovar (NÃO) o estabelecimento, sendo que, na hipótese de reprovação, a sanção cabível é a suspensão total ou parcial das atividades até que sejam cumpridas as exigências.

§ 2º - O item NECESSÁRIO – N, por sua importância no critério baseado no controle de risco ao agravo à saúde, torna-se requisito menos crítico, para o funcionamento do estabelecimento, que pode ser aprovado (SIM) ou reprovado (NÃO), sendo que, na hipótese de reprovação a sanção cabível é a suspensão parcial das atividades até que sejam cumpridas as exigências. O item NECESSÁRIO não cumprido na primeira inspeção, será automaticamente tratado como IMPRESCINDÍVEL na próxima inspeção e a sanção é a de adequação da condição exigida, para nova inspeção.

§ 3º - O item RECOMENDÁVEL – R, por sua importância no critério baseado no controle de risco ao agravo à saúde, torna-se requisito não crítico para o funcionamento do estabelecimento que pode ser aprovado (SIM) ou reprovado (NÃO). O item RECOMENDÁVEL não impedirá que o estabelecimento seja licenciado, servindo como orientação e norteando à equipe à tomada de novas atitudes que zelem pela segurança de seu estabelecimento e atividade.

Artigo 4º - Todos os estabelecimentos de assistência odontológica, que possuam equipamento radiológico, deverão possuir quadro com orientações de proteção radiológica, em lugar visível (anexo III).

Artigo 5º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação revogadas as disposições em contrário.

## **ANEXO I**

### **ROTEIRO DE INSPEÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS ODONTOLÓGICOS**

|   | 1   | CONDIÇÕES DE ESTRUTURA FÍSICA   |   |   |
|---|-----|---|---|---|
|   |     |   | S | N |
| R | 1.1 | Sala de recepção/espera (área aprox. 1.20m <sup>2</sup> por pessoa) em condições para que os pacientes aguardem sentados pelo atendimento e em perfeitas condições higiênico-sanitárias |   |   |

|   |      |  |   |   |
|---|------|--|---|---|
| R | 1.2  | Sala de atendimento (mínimo 6.00m <sup>2</sup> - com dimensão mínima de 2.20m) e em perfeitas condições higiênico-sanitárias   |   |   |
| N | 1.3  | Sala de atendimento com ar condicionado  |   |   |
| N | 1.4  | Manutenção anual comprovada do aparelho de ar condicionado   |   |   |
| N | 1.5  | Piso liso, resistente à lavagem e descontaminação em todas as áreas e livre de trincas, rachaduras e umidade e em perfeitas condições higiênico-sanitárias   |   |   |
| N | 1.6  | Paredes de cor clara, material liso, resistente à lavagem, livre de trincas, rachaduras e umidade e em perfeitas condições higiênico-sanitárias  |   |   |
| N | 1.7  | Forro-teto liso, livre de trincas, rachaduras e umidade e em perfeitas condições higiênico-sanitárias  |   |   |
| N | 1.8  | Portas e janelas, de superfícies lisas, ajustadas aos batentes em bom estado de conservação  |   |   |
| N | 1.9  | Iluminação natural e/ou artificial suficiente e em bom estado de conservação   |   |   |
| N | 1.10 | Ventilação natural e/ou artificial que possibilitam conforto térmico   |   |   |
| N | 1.11 | Conforto acústico - isolar as pessoas da fonte de ruído (compressor e bomba de vácuo)  |   |   |
| N | 1.12 | Bancada revestida de material de fácil limpeza com cuba e torneira com água corrente   |   |   |
|   | 1.13 | Abastecimento de água:   |   |   |
| N |      | - Água potável ligada à rede pública   |   |   |
| N |      | - Obrigatoriedade de caixas d'água com capacidade mínima para consumo diário (limpeza semestral comprovada)  |   |   |
| N | 1.14 | Esgoto secundário em ralo(s) sifonado(s) e com tampa giratória   |   |   |
|   | 1.15 | Sanitários   |   |   |
| N |      | Instalações sanitárias providas de vaso sanitário, lavatório, coletor de lixo com tampa e pedal, toalheiro de papel, dispensador de parede com sabonete líquido, sem comunicação direta com a área de trabalho, em número suficiente de acordo com o estabelecimento e em perfeitas condições higiênico-sanitárias |   |   |
| N | 1.16 | Instalações elétricas ou hidráulicas protegidas e embutidas por calhas respectivamente / iluminárias com uso de protetores.  |   |   |
| N | 1.17 | Depósito para material de limpeza  |   |   |
| N | 1.18 | Na copa/cozinha, somente presença de utensílios específicos  |   |   |
| N | 1.19 | Geladeira somente com material odontológico  |   |   |
| N | 1.20 | Cafeteira, filtros de água, geladeira com alimentos na copa / cozinha ou recepção.   |   |   |
|   |      |  | S | N |
| R | 1.21 | Ausência de quadros, cortinas, estantes com objetos e livros, vasos de planta, aquários abertos e outros na sala de atendimento como fonte de foco de insalubridade  |   |   |

|  |      |  |   |   |
|--|------|--|---|---|
| N  | 1.22 | Presença de extintor de incêndio de fácil acesso   |   |   |
| N  | 1.23 | Extintor de incêndio no prazo de validade  |   |   |
| I  | 1.24 | Esterilização em sala específica ou na sala de atendimento, considerando os parâmetros para um controle de infecção efetivo  |   |   |
| R  | 1.25 | Área apropriada para lavagem dos panos de chão e de limpeza  |   |   |
|  | 2.   | CONDIÇÕES DOS EQUIPAMENTOS   |   |   |
|  |      |  | S | N |
| N  | 2.1  | Mocho com encosto e Cadeira odontológica em perfeito estado de uso e limpeza com proteção no comando manual e no encosto da cabeça   |   |   |
| N  | 2.2  | Refletor odontológico em perfeito estado de uso e limpeza com proteção na alça   |   |   |
| N  | 2.3  | Mesa auxiliar em perfeito estado de uso e limpeza  |   |   |
| R  | 2.4  | Equipo com reservatório de desinfetante integrado que permite a desinfecção das mangueiras   |   |   |
|  | 2.5  | Cuspideira   |   |   |
| N  |      | - Com água corrente, em perfeito estado de uso e limpeza   |   |   |
| N  |      | - Sem vazamento na junção e em perfeito estado de uso e limpeza  |   |   |
| I  | 2.6  | Sugador de saliva descartável  |   |   |
| R  |      | - Ponta da mangueira do sugador com proteção   |   |   |
| N  | 2.7  | Compressor instalado fora da área de expurgo, cozinha e sanitário  |   |   |
| R  | 2.8  | Turbina(s) de alta rotação/ Micromotor (contra-ângulo ou peça de mão reta) com proteção  |   |   |
| R  | 2.9  | Seringa triplice (ar/água) com ponta descartável   |   |   |
| I  | 2.10 | Estufa e/ou autoclave em boas condições de uso   |   |   |
| N  | 2.11 | Equipamentos complementares (aparelho de ultra-som, fotopolimerizador, amalgamador, etc.) todos em perfeito estado de limpeza e utilização com proteção nos que possuem pontas |   |   |
| RAIO X (conforme Portaria MS/SVS nº 453 de 01/06/98– capítulo 5) |      |  | S | N |
| N  | 2.12 | O equipamento de radiografia intra-oral encontra-se instalado em local que permita à equipe se distanciar do cabeçote e do paciente de pelo menos 2 metros                     |   |   |
| I  | 2.13 | Cada equipamento de raio-x possui vestimenta plumbífera (proteção de tronco, tireóide e gônadas) com 0.25mm de chumbo  |   |   |
| N  | 2.14 | A vestimenta plumbífera preservada sobre superfície horizontal ou em suporte apropriado  |   |   |
| I  | 2.15 | Quadro em local visível orientando o paciente e/ou acompanhante a exigir o uso correto da vestimenta plumbífera  |   |   |

|   |       |   |   |   |
|---|-------|---|---|---|
|   | 3.    | CONDIÇÕES DO INSTRUMENTAL   |   |   |
|   |       |   | S | N |
| I | 3.1   | Livre de ferrugem   |   |   |
| I | 3.2   | Em número suficiente para o atendimento   |   |   |
| I | 3.3   | Inutilizado os artigos descartáveis   |   |   |
|   | 4.    | DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES  |   |   |
|   |       |   | S | N |
| I | 4.1   | Quadro em local visível à equipe com fluxograma (conforme o M.S., Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimento de Saúde, Brasília, 1994)                   |   |   |
|   | 5.    | PROTEÇÃO PESSOAL  |   |   |
|   |       |   | S | N |
|   | 5.1   | Vacinação   |   |   |
| R |       | - Vacinação hepatite “B”  |   |   |
| R |       | - Vacinação antitetânica  |   |   |
|   | 5.2   | Barreiras de proteção   |   |   |
| I |       | - Luvas de procedimento e/ou cirúrgicas de uso exclusivo para cada paciente   |   |   |
| I |       | - Luvas de borracha   |   |   |
| I |       | - Avental   |   |   |
| I |       | - Máscara   |   |   |
| I |       | - Protetor ocular para a equipe e paciente  |   |   |
| I |       | - Proteção ocular para o uso do fotopolimerizador   |   |   |
| I |       | - Gorro   |   |   |
| I |       | - Arco e dique de borracha  |   |   |
| R |       | - Luvas de uso doméstico  |   |   |
|   | 6.    | PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO   |   |   |
|   |       |   | S | N |
| I | 6.1   | Quadro em local visível à equipe com fluxograma de esterilização (conforme o M.S., Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimento de Saúde, Brasília, 1994). |   |   |
|   | 6.2   | Esterilização   |   |   |
| I | 6.2.1 | Por meio físico   |   |   |
|   |       | ➤ Calor úmido (vapor d’água sob pressão) – autoclave  |   |   |
|   |       | ➤ Calor seco – estufa (forno de Pasteur)  |   |   |

|   |       |  |   |   |
|---|-------|--|---|---|
| I | 6.2.2 | Por meio químico (processo apenas para artigos termossensíveis)  |   |   |
|   | 6.3   | Acondicionamento dos artigos   |   |   |
| I |       | Possui invólucros/caixas para esterilização  |   |   |
| I |       | - Identifica invólucros/caixas por meio de fitas termossensíveis   |   |   |
|   | 6.4   | Monitoração  |   |   |
| R |       | Controle biológico efetuado semanalmente na autoclave com o <i>Bacillus Stearotherophilus</i>                                |   |   |
| R |       | Controle biológico efetuado na estufa com <i>Bacillus subtilis</i> (a cada 15 a 20 dias)                                     |   |   |
| I |       | - Identificação visual dos pacotes com fitas termossensíveis   |   |   |
| N |       | - Uso de termômetro acessório (200°C) na estufa  |   |   |
| I |       | - Observa prazo de validade dos produtos químicos  |   |   |
| I |       | - Aspecto da solução sem alteração de coloração e livre de impurezas   |   |   |
| I |       | Registro na embalagem da data da esterilização e validade  |   |   |
| R |       | - Calibração anual comprovada da autoclave e/ou estufa   |   |   |
| I | 6.5   | Estocagem  |   |   |
|   |       | - Área separada, limpa, livre de poeiras, preferencialmente armários fechados e afastados de pias, água ou tubos de drenagem | S | N |
|   |       |  |   |   |
|   | 7.    | MATERIAL DE CONSUMO ODONTOLÓGICO   |   |   |
|   |       |  | S | N |
| I | 7.1.  | Possui prazo de validade respeitado  |   |   |
| I | 7.2.  | Possui registro do MS e número de lote   |   |   |
| I | 7.3.  | Guardados em local apropriado (área separada, limpa, longe de fonte de calor e de umidade)                                   |   |   |
|   | 8.    | DESTINO DOS RESÍDUOS   |   |   |
|   |       |  | S | N |
|   | 8.1   | Resíduos infectantes   |   |   |
| N | 8.1.1 | Local para guarda dos resíduos contaminados  |   |   |
|   | 8.1.2 | Pérfuro-cortante (agulhas, lâminas de bisturi, broca, limas endodônticas, pontas diamantadas)                                |   |   |
| I |       | - São acondicionados em recipientes de material resistente à punção e rotulado como contaminado                              |   |   |
|   | 8.1.3 | Resíduos infectantes e dos E.P.Is.   |   |   |
| I |       | - Acondicionado em saco plástico branco leitoso, padronizado pela ABNT-NBR 9190  |   |   |

|   |       |   |   |   |
|---|-------|---|---|---|
| I |       | - Disposto em lixeira com tampa e pedal   |   |   |
| I |       | - Coleta seletiva de lixo infectado pela Comlurb  |   |   |
|   | 8.2   | Resíduos especiais  |   |   |
|   | 8.2.1 | Resíduos químicos perigosos   |   |   |
| I |       | - Resíduos de amálgama são colocados em recipientes inquebráveis e com água pela metade tampados hermeticamente |   |   |
| I |       | - Folha de chumbo do filme radiográfico acondicionada em separado identificado como risco ambiental             |   |   |
|   | 8.3   | Resíduos não infectantes  |   |   |
| R |       | - São dispostos em lixeiras com tampas e pedal  |   |   |
| R |       | - São embalados em sacos plásticos de uso domiciliar  |   |   |
|   | 9.    | MERCÚRIO  |   |   |
| N |       | - Estoca em frasco inquebráveis hermeticamente fechados   |   |   |
| N |       | - Amalgamador longe de fontes de calor e colocados sobre bandeja plástica de abas altas                         |   |   |
| R |       | - Amalgamador de cápsula  |   |   |
| N |       | - Presença de enxofre em pó   |   |   |
|   | 10.   | LABORATÓRIO DE PRÓTESE  |   |   |
|   |       |   | S | N |
| I | 10.1  | Área de trabalho instalada em dependências próprias, sem comunicação com a área clínica odontológica            |   |   |
| R | 10.2  | Área física adequada e em condições favoráveis de conforto para o exercício da atividade                        |   |   |
| N | 10.3  | Bancada de trabalho revestidas de material de fácil limpeza com pia e água corrente                             |   |   |
| N | 10.4  | Prateleiras e/ou armários para armazenagem e estocagem do instrumental e material                               |   |   |
| I | 10.5  | Uso de EPI  |   |   |
| I | 10.6  | Ausência de equipo odontológico   |   |   |
| I | 10.7  | Equipamento de gases combustíveis afastados das fontes de calor   |   |   |
| N | 10.8  | Compressor instalado fora da área de trabalho ou com proteção acústica  |   |   |
| N | 10.9  | Presença de livro ou fichas de registro para os serviços executados   |   |   |
| N | 10.10 | Condições de estrutura física de acordo com o item 1  |   |   |

### CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS

|  |     |   |   |   |
|--|-----|---|---|---|
|  | 11. | CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO (CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS) |   |   |
|  |     |   | S | N |

|   |      |   |  |  |
|---|------|---|--|--|
|   | 11.1 | Área de recepção e limpeza dos artigos contaminados   |  |  |
| I |      | Quadro em local visível à equipe com fluxograma de esterilização (conforme o M.S., Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimento de Saúde, Brasília, 1994). |  |  |
| I |      | - Acesso restrito ao(s) funcionário(s) que atua(m) na área  |  |  |
| I |      | - Presença de barreira física estanque, separando a área limpa da contaminada   |  |  |
| R |      | - Lavatório provido de cuba maior e profunda com água quente e fria   |  |  |
| R |      | - Presença de lavadora ultra-sônica   |  |  |
| N |      | - Fonte de ar comprimido para secagem   |  |  |
| I |      | - Local definido para o despejo dos dejetos   |  |  |
| I |      | - Entrada exclusiva para os artigos contaminados na área de recepção (com portas guichê)  |  |  |
| I |      | - Uso de E.P.I.   |  |  |
|   | 11.2 | Área de preparo e armazenamento(área de recepção dos artigos limpos)  |  |  |
| I |      | - Acesso restrito ao(s) funcionário(s) que atua(m) na área  |  |  |
| I |      | - Uso de E.P.I.   |  |  |
| I |      | - Saída exclusiva para a área de esterilização (com porta de fechamento automático)   |  |  |
| I |      | - Presença de guichê para recepção dos artigos limpos   |  |  |
| I |      | - Presença de lavatório para degermação das mãos  |  |  |
| I |      | - Presença de bancadas de trabalho revestidas de material de fácil limpeza  |  |  |
| I |      | - Embalagens suficientes para o empacotamento e fitas termossensíveis   |  |  |
| I |      | - Identificação visual dos pacotes com fitas termossensíveis  |  |  |
|   | 11.3 | Área de esterelização   |  |  |
| I |      | - Acesso restrito ao(s) funcionários que atua(m) na área  |  |  |
| I |      | - Uso de E.P.I.   |  |  |
| I |      | - Presença de estufa em boas condições de uso, com termômetro acessório e cronômetro  |  |  |
| I |      | - Presença de autoclave em boas condições de uso  |  |  |
| I |      | - Comunicação com a área de estocagem e distribuição dos artigos através de porta com fechamento automático   |  |  |
| R |      | Controle biológico efetuado semanalmente na autoclave com o <i>Bacillus Stearothermophilus</i>  |  |  |
| R |      | Controle biológico efetuado na estufa com <i>Bacillus subtilis</i> (a cada 15 a 20 dias)  |  |  |
| I |      | - Aspecto da solução sem alteração de coloração e livre de impurezas  |  |  |
| R |      | - Calibração anual comprovada da autoclave e/ou estufa  |  |  |

|   |      |   |  |  |
|---|------|---|--|--|
|   | 11.4 | Área de estocagem e distribuição do instrumental  |  |  |
| I |      | - Estoca em prateleiras   |  |  |
| I |      | - Estoca em armário fechado   |  |  |
| I |      | - Temperatura máxima de 25° C   |  |  |
| I |      | - Distribuição dos artigos através de guichê (quando não utilizado, permanece fechado)            |  |  |
| I |      | - Acesso restrito ao(s) funcionário(s) que atua(m) na área  |  |  |
| I |      | - Registro na embalagem da data da esterilização, seu conteúdo (nos invólucros opacos) e validade |  |  |

Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autoridade Sanitária Autoridade Sanitária

Matrícula nº \_\_\_\_\_ Matrícula nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Técnico

C.R.O. \_\_\_\_\_

## ANEXO II

### ROTEIRO PARA RELATÓRIO DE DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE CONSULTÓRIO E CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Nome: \_\_\_\_\_

CRO \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Horário de funcionamento: \_\_\_\_\_

OBS: Descrever em folha anexa o solicitado, com data, assinatura e carimbo.

### 1. Limpeza Geral

a) Limpeza do piso:

b) Destino do lixo e resíduos:

c) Limpeza das paredes:

d) Limpeza do filtro do ar condicionado (frequência):

e) EPI utilizados:

### 2. Desinfecção de Superfícies:

a) Natureza das superfícies:

b) Produtos utilizados:

c) Composição:

d) Método de limpeza:

e) EPI utilizados:

### 3. Esterilização:

Considera todos os instrumentais contaminados? Sim: \_\_\_\_\_ Não: \_\_\_\_\_

Se negativa, citar os não considerados:

➤ Pré-limpeza ou descontaminação:

a) Produtos utilizados:

b) Composição:

c) Método de pré-limpeza:

➤ Limpeza:

a) Produto utilizado:

b) Composição:

c) Método de limpeza:

d) Tipo de secagem:

➤ Tipo de esterilização

- Estufa ? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

a) Invólucros utilizados:

b) Identificação:

c) Registro:

d) Monitoração:

e) Temperatura:

f) Tempo de exposição:

- Autoclave ? Sim: \_\_\_\_\_ Não: \_\_\_\_\_

a) Invólucro utilizado:

b) Identificação:

c) Registro:

d) Monitoração:

e) Temperatura:

f) Pressão:

g) Tempo de exposição:

- Meio Químico ? Sim: \_\_\_\_\_ Não: \_\_\_\_\_

a) Produto utilizado:

b) Composição:

c) Modo de usar:

d) Modo de secar:

e) Modo de acondicionar:

f) Tempo de imersão:

g) EPI utilizados:

- Alta rotação:

Autoclaváveis ? Sim \_\_\_\_\_ Não: \_\_\_\_\_

Não autoclaváveis:

a) Produto utilizado:

b) Composição:

c) Modo de usar:

Utilização de Barreiras de Proteção? Sim \_\_\_\_\_ Não: \_\_\_\_\_

a) Tipo de material utilizado para barreira de proteção:

4. Laboratório de Prótese

Desinfecção de impressões? Sim: \_\_\_\_\_ Não: \_\_\_\_\_

b) Produto utilizado:

c) Composição:

d) Modo de usar:

e) EPI utilizado:

5. Local de armazenamento/estocagem do instrumental depois de esterelizado:

OBS: O Assentimento Sanitário e a Licença Inicial, só poderão ser liberados após análise da VISA ao preenchimento completo deste Relatório, que será entregue na Vigilância Sanitária – Av. Henrique Valadares, 147/5º andar – fundos – Centro, de segunda a sexta de 11 às 16hs, acompanhado da cópia do Termo de Visita expedido pelo técnico.

Em, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Ass. e carimbo

### **ANEXO III**

**QUADRO COM AS SEGUINTE ORIENTAÇÕES DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA, EM LUGAR VISÍVEL:**

Conforme Portaria MS/SVS nº 453 de 01/06/98.

“Paciente, exija e use corretamente vestimenta plumbífera (de chumbo) para sua proteção durante exame radiográfico”.

“Não é permitida a permanência de acompanhantes na sala durante o exame radiológico, salvo quando estritamente necessário”.

“Acompanhante, quando houver necessidade de contenção de paciente, exija e use corretamente vestimenta plumbífera (de chumbo) para sua proteção durante exame radiológico”.

“MULHERES GRÁVIDAS ou com suspeita de gravidez: favor INFORMAREM ao cirurgião-dentista ANTES DO EXAME”.