

## RELATÓRIO DE VISITA TÉCNICA – ATENÇÃO PRIMÁRIA

<b>ORGANIZAÇÃO SOCIAL:</b>	
----------------------------	--









### 1. IDENTIFICAÇÃO

ÁREA DE PLANEJAMENTO:		Coordenador Geral:	
Data da Visita:		Horário da Visita:	
Unidade:		Data de Inauguração:	
Endereço:		Bairro:	
Horário de Funcionamento:		Funcionamento aos Sábados:	
Diretor / Gerente:		Formação:	
E-mail:		Telefone:	
RT de Medicina:		Nº do CRM:	
E-mail:		Telefone:	
RT de Enfermagem:		Nº do COREN:	
E-mail:		Telefone:	

### 2. METODOLOGIA

















Realização de visita *in loco* nas unidades gerenciadas por Organizações Sociais, a fim de verificar as instalações físicas, checagem de estoque, frequência, produtividade e desempenho dos profissionais, em observância ao **Decreto RIO nº 45.662, de 08 de fevereiro de 2019** e ao **Manual de Fiscalização de Contratos de Gestão firmados com Organização Social** editado pela Controladoria Geral do Município (*disponível em <https://www.rio.rj.gov.br/web/cgm/manual-de-normas-e-procedimentos-de-controle-interno>*).

### 3. DOCUMENTAÇÃO































Nº	Documentos	Assinalar	N/A	VALIDADE	Observação
1	Possui cópias dos contratos e Termo de Referência dos Serviços Terceirizados?	 			
2	Possui certificado de dedetização?	 			
3	Possui certificado de Inspeção Sanitária?	 			
4	Possui certificado de limpeza de cisterna/caixa d'água?	 			
5	Possui notas de recarga de extintores?	 			
6	Possui comprovante da recarga de Gases Medicinais (Cilindros de O2)? Qual a periodicidade?	 			
7	Possui Certificado de Aprovação emitido pelo Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro?	 			

## RELATÓRIO DE VISITA TÉCNICA – ATENÇÃO PRIMÁRIA















### 4. FORÇA DE TRABALHO

Nº de equipes de Saúde da Família?						
Nº	Tipo de Profissional	Quantitativo	Ativo SCNES?	Uniforme?	Crachá?	Observação
1	Agente Comunitário de Saúde		 	 	 	
2	Administrativo		 	 	 	
3	Técnico de Enfermagem		 	 	 	
4	Enfermeiro		 	 	 	
5.1	Médico (40 horas)		 	 	 	
5.2	Médico (20 horas)		 	 	 	
6	Farmacêutico		 	 	 	
7	Técnico de Farmácia		 	 	 	
8	Auxiliar de Serviços Gerais		 	 	 	
9	Porteiro		 	 	 	
Nº de equipes de Saúde Bucal?						
Nº	Tipo de Profissional	Quantitativo	Ativo CNES?	Uniforme?	Crachá?	Observação
1	Cirurgião Dentista		 	 	 	
2	Técnico em Saúde Bucal (TSB)		 	 	 	
3	Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)		 	 	 	
A unidade possui profissionais do NASF / SAE?						
Nº	Tipo de Profissional	Quantitativo	Ativo CNES?	Uniforme?	Crachá?	Observação
1	Assistente Social		 	 	 	
2	Educador Físico		 	 	 	






**RELATÓRIO DE VISITA TÉCNICA – ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Nº	Tipo de Profissional	Quantitativo	Ativo CNES?	Uniforme?	Crachá?	Observação
3	Fisioterapeuta		 	 	 	
4	Nutricionista		 	 	 	
5	Psicólogo		 	 	 	
6	Médico especialista: Acupunturista: Ginecologista: Infectologista: Ortopedista: Pediatra: Pneumologista: Psiquiatra: Reumatologista: Urologista:		 	 	 	
7	Terapeuta Ocupacional		 	 	 	

**5. MANUTENÇÃO PREDIAL**









Nº	Avaliação das condições:	(*) Assinalar	Observação
1	Climatização	 	
2	Iluminação	 	
3	Instalação Elétrica	 	
4	Instalação Hidráulica	 	
5	Piso	 	
6	Pintura	 	
7	Limpeza de Calhas	 	

**RELATÓRIO DE VISITA TÉCNICA – ATENÇÃO PRIMÁRIA**









Nº	Avaliação das condições:	(*) Assinalar	Observação
8	Situação do Telhado	 	
9	Rachaduras Estruturais	 	
10	Cisterna, Caixa / Castelo d'água	 	

(\*) Em caso de irregularidade, descrever brevemente no campo de "Observação" o(s) problema(s) detectado(s).





**6. LIMPEZA**

<b>Nome da empresa prestadora de serviços:</b>			
<b>Número de profissionais atuando na unidade:</b>		<b>Data do último treinamento:</b>	
Nº	Avaliação das Condições	Assinalar	Observação
1	Há Procedimento Operacional Padrão implementado (POP)?	 	
2	Todos os profissionais encontram-se uniformizados?	 	
3	Os profissionais possuem equipamento adequado para as atividades (EPI)?	 	
4	Há insumos e saneantes em quantitativo adequado para manter a unidade limpa dentro dos padrões preconizados?	 	

**7. INFRAESTRUTURA**

















Nº	Avaliação das Condições	Assinalar	Observação
1	Há rampa de acesso a unidade para portadores de necessidades especiais?	 	
2	Há banheiros para portadores de necessidades especiais	 	
3	Todos os banheiros disponíveis na unidade estão em funcionamento?	 	
4	Mobiliário da unidade está em boas condições	 	

## RELATÓRIO DE VISITA TÉCNICA - ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nº	Avaliação das Condições	Assinalar	Observação
5	Há bens móveis danificados, obsoletos e/ou imprestáveis para serem descartados? <i>Caso positivo, informar no campo "Observação" as condições e local onde estão armazenados.</i>	 	
6	Ambiência e identidade visual atualizadas e em bom estado?	 	









### 8. FARMÁCIA

<b>Farmacêutico Responsável Técnico:</b>	
--	--

Nº	Avaliação das Condições	Assinalar	Observação
1	Há falta de medicamentos em estoque? Relacione, caso afirmativo	 	
2	Acondicionamento adequado dos medicamentos?	 	
3	Dispensação Informatizada?	 	
4	Local limpo e organizado?	 	
5	Equipamento de refrigeração em funcionamento adequado?	 	
6	Estantes para acondicionamento dos medicamentos em boas condições de uso?	 	
7	Estantes constam com identificação de quantitativo e validade atualizados? Informar periodicidade?	 	
8	Há lista de usuários em tratamento / abandono de Tuberculose e Hanseníase?	 	

### 9. ALMOXARIFADO

<b>Nome do Responsável:</b>	
-----------------------------	--












Nº	Avaliação das Condições	Assinalar	Observação
1	Há falta de insumos/material em estoque? Caso afirmativo relacione o que falta no campo de OBS	 	
2	Acondicionamento adequado dos Insumos?	 	
3	Dispensação Informatizada?	 	
4	Local limpo e organizado?	 	











## RELATÓRIO DE VISITA TÉCNICA - ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nº	Avaliação das Condições	Assinalar	Observação
5	Equipamento de refrigeração em funcionamento adequado?	 	
6	Estantes para acondicionamento dos insumos em boas condições de uso?	 	

### 10. SALA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA



Nº	Avaliação das Condições	Assinalar	Observação
1	Há maleta de emergência?	 	
2	Há desfibrilador externo automático (DEA)?	 	
3	Ambiente limpo e sinalizado?	 	
4	A sala é informatizada? <i>Avaliar se a sala possui computador com acesso ao Prontuário para registro em tempo real dos procedimentos realizados.</i>	 	
5	A unidade conta com equipamentos básicos?		
5.1	Esfigmomanômetro?	 	
5.2	Estetoscópio?	 	
5.3	Oxímetro?	 	
5.4	Termômetro?	 	

### 11. SALA DE IMAGEM

RAIO-X	Horário de Funcionamento		
Nº	Avaliação das Condições	Assinalar	Observação
1	Serviço Terceirizado?	 	Nome da Empresa:
Nº	Avaliação das Condições	Assinalar	Observação
2	Equipamento funcionando adequadamente?	 	
3	Há dosímetros?	 	
4	Local limpo e organizado?	 	














## RELATÓRIO DE VISITA TÉCNICA - ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nº	Avaliação das Condições	Assinalar	Observação
5	Impressoras funcionando?	 	

<b>ULTRASSONOGRAFIA</b>	<b>Horário de Funcionamento</b>	
-------------------------	---------------------------------	--

Nº	Avaliação das Condições	Assinalar	Observação
1	Serviço Terceirizado	 	Nome da Empresa:
2	Equipamento funcionando adequadamente?	 	
3	Há dosímetros?	 	
4	Local limpo e organizado?	 	
5	Impressoras funcionando?	 	

### 12. SALA DE ODONTOLOGIA













Quantidade de Cadeiras Odontológicas?			
Nº	Avaliação das Condições	Assinalar	Observação
1	Equipamentos funcionando?	 	
2	Iluminação adequada?	 	
3	Geladeira com termômetro?	 	
4	Local limpo e organizado?	 	
5	A unidade conta com compressor funcionando?	 	
6	Há divisória entre as cadeiras (Cortina PVC, Acrílico, Sala individual)?	 	

### 13. SALA DE IMUNIZAÇÃO

<b>Nome Responsável</b>	
<b>Horário de Funcionamento:</b>	









## RELATÓRIO DE VISITA TÉCNICA - ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nº	Avaliação das Condições	Assinalar	Observação
1	Há Câmara Fria?	 	
2	Local limpo e organizado?	 	
3	Equipamento de refrigeração em funcionamento adequado?	 	
4	Há falta de vacina? Se sim, identificar qual(is).	 	
5	Setor informatizado?	 	
6	A sala dispõe de comprovante vacinal e caderneta para emissão de segunda via?	 	

### 14. ABRIGO DE LIXO INFECTANTE

Nº	Avaliação das Condições	Assinalar	Observação
1	Local apropriado e em boas condições?	 	
2	Há separação de Lixo comum e contaminado?	 	
3	Local identificado?	 	

### 15. AUTOCLAVE

Marca de Equipamento / Modelo:			
Nº	Avaliação das Condições	Assinalar	Observação
1	Equipamento funcionando adequadamente?	 	
2	Existe livro de controle biológico?	 	
3	Local limpo e organizado?	 	
4	Informar capacidade em litros e média de uso semanal.		
5	Qual(is) categoria(s) manuseiam o equipamento?		



## RELATÓRIO DE VISITA TÉCNICA – ATENÇÃO PRIMÁRIA

### 16. SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

Nº	Nome do usuário entrevistado	Tipo de Demanda	Satisfeito Indiferente Insatisfeito	Primeira vez na unidade?
1		PROGRAMADA ESPONTÂNEA	  	 
2		PROGRAMADA ESPONTÂNEA	  	 
3		PROGRAMADA ESPONTÂNEA	  	 
4		PROGRAMADA ESPONTÂNEA	  	 

### 17. RESUMO DAS FRAGILIDADES DETECTADAS << Apontar considerando o observado nos itens acima >>

---



---



---



---



---



---



---



---

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 202\_\_

Nº	NOME COMPLETO	MATRÍCULA	SETOR	ASSINATURA
1				
2				
3				
4				
5				
6				