**ORGANIZAÇÃOSOCIAL:**

1. **IDENTIFICAÇÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CoordenadorGeral:** |  | | |
| **DatadaVisita:** |  | **HoráriodaVisita:** |  | |
| **Unidade:** |  | **Data de Inauguração:** |  | |
| **Endereço:** |  | **Bairro:** |  | |
| **Horário de Funcionamento:** |  | **Funcionamento aos Sábados:** |  | |
| **Supervisor da UA** |  | **Responsavél pela visista:** |  | |
| **E-mail:** |  | **Telefone:** |  | |

1. **METODOLOGIA**

Realizaçãodevisita*inloco*nas unidades gerenciadas por Organizações Sociais, a fim de verificar as instalações físicas, checagemde estoque, frequência, produtividade e desempenho dos profissionais, em observância ao **Decreto RIO nº 45.662, de 08 defevereiro de 2019** e ao **Manual de Fiscalização de Contratos de Gestão firmados com Organização Socia**l editado pelaControladoriaGeraldoMunicípio(*disponívelemhttps://*[*www.rio.rj.gov.br/web/cgm/manual-de-normas-e-procedimentos-de-controle-interno*).](http://www.rio.rj.gov.br/web/cgm/manual-de-normas-e-procedimentos-de-controle-interno))

1. **Recursos Humanos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** |  | **Assinalar** | **Observação** |
| 1 | Equipe contratada em conformidade ao previsto no Instrumento Contratual? |  |  |
| 2 | A escala de profissionais está publicizada na unidade? |  |  |
| 3 | Os profissionais estão fazendo uso de uniforme e identificação corretamente? |  |  |
| 4 | Os profissionais estão devidamente cadastrados no CNES? |  |  |
| 5 | Há consistência entre o cumprimento da escala de trabalho dos funcionários do instrumento de parceria na unidade com a inspeção física no momento da aplicação do checklist? |  |  |

1. **Controle de Acesso**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** |  | **Assinalar** | **Observação** |
| 1 | O ponto biométrico e a câmera de monitoramento estão devidamente instalados e em pleno funcionamento? |  |  |
| 2 | Os profissionais possuem acesso ao CADWEB? |  |  |
| 3 | Os profissionais possuem acesso a Agenda SISREG para atendimento dos usuários? |  |  |

1. **Supervisor Técnico**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** |  | **Assinalar** | **Observação** |
| 1 | O supervisor técnico estava presente na unidade? |  |  |
| 2 | O supervisor técnico estava devidamente uniformizado e com crachá? |  |  |
| 3 | O supervisor técnico mantém atualizado as informações nas plataformas? |  |  |

1. **Técnico de Radiologia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** |  | **Assinalar** | **Observação** |
| 1 | Os tec. de radiologia da escala do dia estão presentes na unidade? |  |  |
| 2 | Os tec. de radiologia estão devidamente uniformizados e com crachás? |  |  |
| 3 | Os tec. de radiologia possuem protetor plumbífero? Esta sendo utilizado? |  |  |
| 4 | O dosímetro esta sendo utilizando? Esta havendo a troca mensalmente? |  |  |

1. **Administrativos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** |  | **Assinalar** | **Observação** |
| 1 | Os administrativos da escala do dia estão presentes na unidade? |  |  |
| 2 | Os administrativos estão devidamente uniformizados e com crachás? |  |  |
| 3 | Os administrativos estão verificando e cadastrando os atendimentos no sistema (faturamento)? |  |  |

1. **Maqueiros**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** |  | **Assinalar** | **Observação** |
| 1 | Os maqueiros da escala do dia estão presentes na unidade? |  |  |
| 2 | Os maqueiros estão devidamente uniformizados e com crachás? |  |  |
| 3 | Os maqueiros possuem EPI a disposição? |  |  |

1. **Equipamentos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Avaliaçãodascondições:** | **Assinalar** | **Observação** |
| 1 | Tomografia operante? |  |  |
| 2 | Esta sendo realizada a manutenção dos equipamentos? |  |  |
| 3 | Tele laudo cumprindo o prazo (2 hrs paciente internado e 7 dias paciente marcado)? |  |  |
| 4 | Link internet operante? |  |  |
| 5 | Sistema CCDTI operante? |  |  |
| 6 | Mobiliário adequado? |  |  |
| 7 | Mobiliário já patrimoniado? |  |  |
| 8 | Computadores funcionando? |  |  |
| 9 | Identidade Visual adequada? |  |  |
| 10 | Possui Laudo radiométrico? |  |  |

***(\*)****Emcasodeirregularidade,descreverbrevementenocampode“Observação”o(s)problema(s)detectado(s).*

1. **SATISFAÇÃODOUSUÁRIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nomedousuárioentrevistado** |  | **Primeiravezna**  **unidade?** |
| 1 |  | https://lirp.cdn-website.com/4c2bc00c/dms3rep/multi/opt/csat-pergunta-1920w.png |  |
| 2 |  | https://lirp.cdn-website.com/4c2bc00c/dms3rep/multi/opt/csat-pergunta-1920w.png |  |
| 3 |  | https://lirp.cdn-website.com/4c2bc00c/dms3rep/multi/opt/csat-pergunta-1920w.png |  |
| 4 |  | https://lirp.cdn-website.com/4c2bc00c/dms3rep/multi/opt/csat-pergunta-1920w.png |  |

1. **RESUMODASFRAGILIDADESDETECTADAS**<<Apontarconsiderandooobservadonositensacima>>

RiodeJaneiro, de 202

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOMECOMPLETO** | **MATRÍCULA** | **SETOR** | **ASSINATURA** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |