**ORGANIZAÇÃO SOCIAL:**

1. **IDENTIFICAÇÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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:** |  | |

1. **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 Socia**l editado pela Controladoria Geral do Município (*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. **DOCUMENTAÇÃO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Documentos** | **Assinalar** | **N/A** | **VALIDADE** | **Observação** |
| 1 | Possui cópias doscontratos e Termo de Referênciados Serviços Terceirizados? |  |  |  |  |
| 2 | Possui certificado de dedetização? |  |  |  |  |
| 3 | Possui certificado de Inspeção Sanitária? |  |  |  |  |
| 4 | Possui certificado de limpeza de cisterna/caixad’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? |  |  |  |  |

1. **FORÇA DE TRABALHO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº de pessoal contratado** | |  | | | | |
| **Nº** | **Tipo de Profissional** | **Quantitativo** | **Ativo SCNES?** | **Uniforme?** | **Crachá?** | **Observação** |
| 1 | Agente de Regulamentação - Faturamento |  |  |  |  |  |
| 2 | Analista de Sistemas |  |  |  |  |  |
| 3 | Assistente Social |  |  |  |  |  |
| 4 | Auxiliar Administrativo |  |  |  |  |  |
| 5 | Auxliar de Farmácia |  |  |  |  |  |
| 6 | Auxiliar de Serviços Gerais |  |  |  |  |  |
| 7 | Coordenador Administrativo |  |  |  |  |  |
| 8 | Coordenador de Informação |  |  |  |  |  |
| 9 | Coordenador de Regulação |  |  |  |  |  |
| 10 | Direção Geral |  |  |  |  |  |
| 11 | Enfermeiro |  |  |  |  |  |
| 12 | Farmaceutico |  |  |  |  |  |
| 13 | Maqueiro |  |  |  |  |  |
| 14 | Médico Anestesista |  |  |  |  |  |
| 15 | Médico Oftalmologista |  |  |  |  |  |
| 16 | Médico Oftalmo Seg Posterior |  |  |  |  |  |
| 17 | Médico Oftalmo Estrabismo |  |  |  |  |  |
| 18 | Médico Oftalmo Geral |  |  |  |  |  |
| 19 | Médico Oftalmo Pediátrico |  |  |  |  |  |
| 20 | Médico Oftalmo Retaguarda |  |  |  |  |  |
| 21 | Médico Pediatra |  |  |  |  |  |
| 22 | Optometrista |  |  |  |  |  |
| 23 | Ortoptista |  |  |  |  |  |
| 24 | Portaria |  |  |  |  |  |
| 25 | Programador de Sistemas |  |  |  |  |  |
| 26 | Recepcionista |  |  |  |  |  |
| 27 | Resp. Tec. de Enfermagem |  |  |  |  |  |
| 28 | Resp. Tec. de Farmácia |  |  |  |  |  |
| 29 | Resp. Tec. de Medicina |  |  |  |  |  |
| 30 | Resp. Tec. de Optometria |  |  |  |  |  |
| 31 | Técnico de enfermagem |  |  |  |  |  |
| 32 | Técnico de Informática |  |  |  |  |  |
| 33 | Técnico de Óptica |  |  |  |  |  |
| 34 | Vigilante |  |  |  |  |  |

1. **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 |  |  |
| 8 | Situação do Telhado |  |  |
| 9 | Rachaduras Estruturais |  |  |
| 10 | Cisterna, Caixa/Castelo d’água |  |  |
| 11 | Elevadores |  |  |

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

1. **LIMPEZA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome da empresa prestadora de serviços:** | |  | | | | |
| **Número de profissionais atuando na unidade:** | |  | | **Data do último treinamento:** | |  |
| **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? | |  | |  | |

1. **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 |  |  |

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

1. **FARMÁCIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Farmacêutico Responsável Técnico:** | |  | | |
| **Nº** | **Avaliação das Condições** | | **Assinalar** | **Observação** |
| 1 | Há falta de medicamentos em estoque? Relacione, caso afirmativo | |  |  |
| 2 | A condicionamento adequado dos medicamentos? | |  |  |
| 3 | Dispensação Informatizada? | |  |  |
| 4 | Local limpo e organizado? | |  |  |
| 5 | Equipamento de refrigeração em funcionamento adequado? | |  |  |
| 6 | Estantes para a condicionamento dos medicamentos em boas condições de uso? | |  |  |
| 7 | Estantes constam com identificação de quantitativo e valida de atualizados? Informar periodicidade? | |  |  |

1. **ALMOXARIFADO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Responsável:** | |  | | |
| **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 | A condicionamento adequado dos Insumos? | |  |  |
| 3 | Dispensação Informatizada? | |  |  |
| 4 | Local limpo e organizado? | |  |  |
| 5 | Insumos com identificação de validade? | |  |  |
| 6 | Insumos com identificação com o quantitaico em estoque? | |  |  |
| 7 | Equipamento de refrigeração em funcionamento adequado? | |  |  |
| 8 | Estantes para a condicionamento dos insumos em boas condições de uso? | |  |  |

1. **CONSULTÓRIOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Quantidade de Consultórios:** | |  | |
| **Nº** | **Avaliação das Condições** | **Assinalar** | **Observação** |
| 1 | Equipamentos funcionando? |  |  |
| 2 | Iluminação adequada? |  |  |
| 3 | Mobiliário adequado? |  |  |
| 4 | Local limpo e organizado? |  |  |
| 5 | Equipamento de refrigeração em funcionamento adequado? |  |  |
| 6 | Computador e impressora funcionando? |  |  |

1. **CENTRO CIRÚRGICO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Quantidade de Consultórios:** | |  | |
| **Nº** | **Avaliação das Condições** | **Assinalar** | **Observação** |
| 1 | SALAS funcionando? |  |  |
| 2 | EQUIPAMEMTOS funcionando? |  |  |
| 3 | Mobiliário adequado? |  |  |
| 4 | Local limpo e organizado? |  |  |
| 5 | Equipamento de refrigeração em funcionamento adequado? |  |  |

1. **ABRIGO DE LIXO INFECTANTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **AvaliaçãodasCondições** | **Assinalar** | **Observação** |
| 1 | Local apropriado e em boas condições? |  |  |
| 2 | Há separação de Lixo comum e contaminado? |  |  |
| 3 | Local identificado? |  |  |

1. **CME**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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? |  | |

1. **SATISFAÇÃO DO USUÁRIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nome do usuário entrevistado** |  | **Primeira vez na**  **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. **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** |  |  |  |  |