

# TIMBRE DA PROPONENTE

## ANEXO 9

### MODELO DE RELATÓRIO DE VISTORIA TÉCNICA

À FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI  
Ref. Credenciamento nº 01/2017

#### 1 – Identificação

Razão Social:

Nome Fantasia:

Endereço:

Bairro:

Município:

CEP:

CNPJ:

CNES:

Telefone:

Fax:

Email:

Diretor/Responsável Técnico:

Alvará de Funcionamento:

#### 2 – Natureza do Serviço

Público ( ) Filantrópico ( ) Privado ( )

#### 3 – Abrangência do serviço

( ) Local ( ) Distrital ( ) Municipal

( ) Intermunicipal ( ) Estadual/Federal

#### 4 – Tipos de atendimento

( ) SUS ( ) Particular ( ) Convênios

#### 5 - Tipos de assistência

( ) Ambulatorial ( ) Internação ( ) Urgência/Emergência ( ) Urgência/emergência referida

( ) Hospital dia

#### 6 – Referência

Com quem o serviço se referencia para intercorrências:\_\_\_\_\_

#### 7 – Tipo de Complexidade

( ) Alta ( ) Média ( ) Assistência Básica

#### 8 – Tipologia dos pacientes

( ) Visual ( ) Auditiva ( ) Mental ( ) Física ( ) Clínica ( ) Outra:\_\_\_\_\_

#### 9 – Turno para o atendimento ao SUS

## TIMBRE DA PROPONENTE

( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite ( ) Turnos intermitentes ( ) Contínuo, 24h/dia(plantão inclusive aos sábados, domingos e feriados)

### 10 – Instalações Físicas

Unidade se enquadra nos critérios e normas estabelecidas pela legislação vigente ou outros ditames legais que as venham substituir ou complementar, a saber:

( ) Sim ( ) Não

ANVISA

( ) Sim ( ) Não

Consultórios ( ) ótima ( ) boa ( ) deficiente  
Centro Cirúrgico ( ) ótima ( ) boa ( ) deficiente  
Recepção ( ) ótima ( ) boa ( ) deficiente

### 11 - Condições de Higiene/Conservação

#### Lavanderia

A clínica dispõe de lavanderia: ( ) Sim ( ) Não  
( ) própria ( ) contratada

#### Higiene

A higiene, iluminação e aeração são adequadas: ( ) Sim ( ) Não  
Há coleta seletiva de lixo: ( ) Sim ( ) Não

#### Segurança

A clínica possui serviço de segurança: ( ) Sim ( ) Não  
O serviço de segurança é: ( ) próprio ( ) contratado  
O serviço de segurança é armado: ( ) Sim ( ) Não

### 12 – Condições de Acessibilidade

( ) Fácil ( ) Difícil ( ) Com rampas ( ) Escadas ( ) Com adaptações  
( ) Com adaptações somente para locomoção

### 13 – Registro das informações do paciente

A unidade possui um prontuário único para cada paciente que inclua todos os tipos de atendimento a ele referente (ambulatorial, internação, pronto-atendimento, emergência) contendo as informações completas do quadro clínico e sua evolução, todas devidamente escritas, de forma clara e precisa, datadas e assinadas pelo profissional responsável pelo atendimento. Sim ( ) Não ( )

Informações indispensáveis e mínimas:

- Identificação do paciente ( ) sim ( ) não
- Histórico clínico, exame oftalmológico ( ) sim ( ) não
- Avaliação inicial – de acordo com o protocolo estabelecido ( ) sim ( ) não
- Indicação do procedimento cirúrgico ( ) sim ( ) não

## TIMBRE DA PROPONENTE

- e. Descrição do ato cirúrgico ou procedimento, em ficha específica contendo:
- f. Identificação da equipe ( ) sim ( ) não
- g. Descrição cirúrgica, incluindo os materiais usados e seus respectivos registros nacionais, para controle e rastreamento dos implantes ( ) sim ( ) não
- h. Descrição da evolução ( ) sim ( ) não
- i. Sumário da alta hospitalar ( ) sim ( ) não
- j. Ficha de registro de infecção hospitalar ( ) sim ( ) não
- k. Evolução ambulatorial ( ) sim ( ) não

### 14 – Materiais e Equipamentos

A unidade dispõe de todo o material e equipamento solicitado no edital, conforme a modalidade de atendimento.

( ) sim ( ) não

A unidade dispõe de centro cirúrgico equipado com no mínimo 01(uma) sala de cirurgia.

( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

### 15 – Rotinas e normas de funcionamento e atendimento

A unidade possui rotinas e normas, escritas, atualizadas anualmente e assinadas pelo responsável técnico pela unidade. ( ) sim ( ) não

As rotinas e normas abordam todos os processos envolvidos na assistência e administração e contemplar os seguintes itens:

Manutenção preventiva e corretiva de matérias e equipamentos. ( ) sim ( ) não

Normatizações de indicações cirúrgicas. ( ) sim ( ) não

Protocolos de enfermagem. ( ) sim ( ) não

Protocolo para acompanhamento em fisioterapia e reabilitação funcional. ( ) sim ( ) não

Controle de infecção hospitalar. ( ) sim ( ) não

Acompanhamento ambulatorial dos pacientes. ( ) sim ( ) não

Avaliação de satisfação do cliente. ( ) sim ( ) não

Escala dos profissionais em sobreaviso, das referências interinstitucionais e dos serviços terceirizados. ( ) sim ( ) não

O agendamento é realizado por:

( ) contato telefônico: ( ) \_\_\_\_\_ / ( ) \_\_\_\_\_ / ( ) \_\_\_\_\_

( ) e-mail: \_\_\_\_\_

( ) outros: \_\_\_\_\_

A unidade possui na mesma área física: serviços próprios, contratados, e de suporte e profissionais nas seguintes áreas:

Serviço social ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Terapia Ocupacional ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Fisioterapia ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Serviço de Nutrição ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Farmácia ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Anatomia Patológica ( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

## TIMBRE DA PROPONENTE

Outros. Especifique :

### 16 – Projeto Terapêutico

( ) Inexistente ( ) Sem continuidade ( ) Atualizado ( ) Com revisão Periódica

### 17 – Reunião de Equipe

( ) sim ( ) não ( ) não se aplica Se sim, periodicidade: \_\_\_\_\_

### 18 - Visitas Domiciliares

( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

Em quais situações: \_\_\_\_\_

Quem realiza: \_\_\_\_\_

### 19 - Serviços Gerais

#### Lavanderia

A clínica dispõe de lavanderia: ( ) Sim ( ) Não

( ) própria ( ) contratada

As condições de higiene, iluminação e ventilação são adequadas: ( ) Sim ( ) Não

#### Higiene

A higiene, iluminação e ventilação são adequadas: ( ) Sim ( ) Não

Há coleta seletiva de lixo: ( ) Sim ( ) Não

#### Segurança

A clínica possui serviço de segurança: ( ) Sim ( ) Não

O serviço de segurança é: ( ) próprio ( ) contratado

O serviço de segurança é armado: ( ) Sim ( ) Não

Local, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201x

\_\_\_\_\_  
Representante legal  
Carimbo com CNPJ da proponente

\_\_\_\_\_  
Equipe Técnica

\_\_\_\_\_  
Equipe Técnica

\_\_\_\_\_  
Equipe Técnica