

ANEXO IV

VISTORIA TÉCNICA A ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
Nome Razão Social:			
CNPJ:			
Endereço Completo			
Cidade		Telefone	
Horário de Atendimento		Dias	
Localização-proximidades:			
Estacionamento	() Próprio	() Próximo	() Inexistente
Forma de Atendimento	() Hora marcada	() ordem de chegada	() plantão
Diretor Clínico: CRM			
Diretor Administrativo			
Diretor Financeiro:			

DOCUMENTOS FUNCIONAMENTO	
Alvará de Funcionamento	
Alvará da Vigilância Sanitária	
Parecer do Corpo de Bombeiros	
Certificado de Responsabilidade Técnica do Conselho	

ÁREA FÍSICA	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	SERVIÇO PRÓPRIO	
				SIM	NÃO
Call Center					
Guichês					
Recepção e Registro					
Sala para recepção, triagem, registro, agendamento e arquivo					
Sala de espera					
Assistência Clínica					
Consultórios médicos					
Consultório médico com sanitário					
Consultório (assistente social, psicologia e nutrição)					
Assistência de Enfermagem					
Sala de enfermagem					
Sala de serviços					
Sala de curativo/suturas e coleta de material					
Sala de reidratação oral e intravenosa					
Sala de inalação					
Sala de aplicação medicamentos/observação					
Sala de dispensação e guarda de medicamento					
Assistência Cirúrgica					
1 sala de pequena cirurgia					
Apoio Diagnóstico					
Laboratório de Análises Clínicas					

Raio X					
Ultrassonografia					
Métodos Gráficos					
Hemodiálise Portátil					
Hemodiálise Ambulatorial					
Administração, Conforto Básico e Serviços Gerais					
Sala de direção					
Sala para secretaria da unidade					
Sala de esterilização					
Almoxarifado					
Sala de material de limpeza					
Sala para expurgo					
Sala de utilização e guarda de roupa					
Sala de reunião					
Copa					
Sanitários Adaptados					
Sanitário público feminino					
Sanitário público masculino					
Sanitário funcionários feminino					
Sanitário funcionários masculino					
QUADRO DE FUNCIONÁRIOS	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	QTDE TERCEIRIZADO	
Administrador					
Enfermeiro					
Assistente Social					
Técnico de Enfermagem					
Auxiliar de Enfermagem					
Técnico em Radiologia					
Médico Radiologista					
Auxiliar de Serviços Gerais					
Técnico de Laboratório					
Bioquímico ou Biomédico					
Agente Administrativo					
Recepcionista					
Atendente de Call Center					
Psicólogo					
Fisioterapeuta					
Fonoaudiólogo					
Terapeuta Ocupacional					
NORMAS E ROTINAS	SIM			NÃO	
Escala das Equipes de Profissionais e Plantonista, Agendamento de consultas, Consultas Médicas, Atendimento ao paciente, Liberações guias e exames, Call Center, Requisição de materiais ao almoxarifado, compras, roupa hospitalar, gêneros alimentícios perecíveis, procedimentos de enfermagem, Manutenção, Lavanderia, serviço de limpeza					

ESPECIALIDADES MÉDICAS	TOTAL	ESPECIALIDADES MÉDICAS	TOTAL
------------------------	-------	------------------------	-------

Acupunturista		Ginecologista E Obstetra	
Alergologista		Homeopata	
Anestesiologista		Infectologista	
Angiologista – Cirurgião Vascular		Mastologista	
Cardiologista		Nefrologista	
Cirurgião Cardíaco – Hemodinamicista		Neurocirurgião	
Cirurgião da Mão		Neurologista	
Cirurgião de Cabeça E Pescoço		Nutrólogo	
Cirurgião do Aparelho Digestivo		Oftalmologista	
Cirurgião Geral		Oncologista	
Cirurgião Pediátrico		Ortopedista	
Hematologista		Ginecologista e Obstetra	
Cirurgião Plástico		Otorrinolaringologista	
Cirurgião Torácico		Pediatra	
Clínico Geral		Pneumologista	
Dermatologista		Proctologista	
Endocrinologista		Psiquiatra	
Especialista Microcirurgia Reconstructiva		Reumatologista	
Fisiatra		Urologista	
Gastroenterologista Clínico		Odontólogo	
Geneticista		Psicólogo	
Geriatra		Outro - Qual	

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPIAS

ESPECIALIDADE	Qtde Próprio	Qtde Terceirizado	TOTAL	ESPECIALIDADE	Qtde Próprio	Qtde Terceirizado	TOTAL

PARECER TÉCNICO	
Realizada entrevista em _____ de _____ de 20____, com o profissional responsável pelo estabelecimento, Sr (a). _____	
Ciente, _____ Assinatura do responsável pelo estabelecimento	
() Favorável ao credenciamento do prestador vistoriado	
() Desfavorável ao credenciamento do prestador vistoriado	
Data da Vistoria _____ de _____ 20____.	Assinatura e carimbo do vistoriador