

ANEXO SEI Nº 29481036/2026 - SAS.UAF.ACP**Roteiro de Visita Técnica - Serviço de acolhimento institucional destinado à pessoas em situação de rua****1. Identificação da Instituição**

Nome:
CNPJ n.º :.....
Endereço:.....
.....
Telefone:.....
E-mail:.....

2. Análise Documental

2.1 O Alvará Sanitário está dentro do prazo de validade?

() sim () não

Se não, justificar:

2.2 Há compatibilidade entre as atividades descritas no Alvará Sanitário, e os serviços a serem contratados?

() sim () não

Se não, justificar:

3. Equipe

3.1 Equipe para atuação no serviço de acolhimento institucional destinado à pessoas em situação de rua, objeto do Pregão Eletrônico

Profissionais	Sim/ Quantos	Não	Carga Horária Semanal de cada profissional/ Soma da carga horária semanal de todos os profissionais de cada categoria
Coordenador	()	()	
Assistente Social	()	()	
Terapeuta Ocupacional	()	()	
Psicólogo(a)	()	()	
Enfermeiro (a)	()	()	
Monitor(a)/ Cuidador(a)	()	()	
Cozinheiro (a)	()	()	

3.2. Possui outros profissionais? Qual função exerce na instituição?

.....

.....
.....
.....
3.3 Os profissionais que, para atuação profissional, possuem exigência de registro junto a órgãos de classe estão inscritos e regulares nos seus respectivos órgãos de classe?

() sim () não

Se não, justificar:

4. Estrutura e outros

4.1 Possui quartos com camas individuais que assegurem conforto, dignidade e privacidade?

() sim () não

Se não, justificar:

4.2 Cada quarto coletivo conta com camas para acomodar até no máximo 06 (seis) pessoas?

() sim () não

Se não, justificar:

4.2.1 Os quartos estão separados por gênero, respeitadas as identidades reconhecidas pelo SUAS?

() sim () não

Se não, justificar:

4.2.2 Há quartos que podem ser utilizados por casais acolhidos, quando viável, diante da lotação da unidade?

() sim () não

Se não, justificar:

4.3 Dispõe de ao menos 02 (dois) quartos individuais, que possam receber usuários com condições excepcionais que demandem acolhimento em local individualizado, tais como condições de saúde adversas?

() sim () não

Se não, justificar:

4.4 Oferece espaço para guarda de roupas e pertences pessoais de forma individualizada?

() sim () não

Se não, justificar:

4.5 Possui banheiros para uso dos acolhidos, dotados de vaso sanitário, lavatório e chuveiro, que garantam a privacidade do acolhido, com dimensionamento compatível com o número de pessoas, observando-se, no mínimo, a proporção de 01 (um) banheiro para cada 06 (seis) acolhidos;

() sim () não

Se não, justificar:

4.6 Conta com áreas de convivência destinadas à socialização, realização de atividades socioeducativas, educativas, culturais e de lazer?

() sim () não

Se não, justificar:

4.7 Conta com cozinha equipada, com instalações, mobiliários e equipamentos adequados e em condições de uso, compatíveis com o preparo, armazenamento e distribuição das refeições aos acolhidos?

() sim () não

Se não, justificar:

4.8 Possui refeitório ou espaço adequado para realização das refeições, garantindo condições de higiene, conforto e convivência?

() sim () não

Se não, justificar:

4.9 Conta com estrutura para higienização de roupas, compreendendo lavanderia e varal no local, bem como o fornecimento de insumos de lavanderia (sabão em pó, sabão em barra, amaciante, entre outros) para utilização pelos acolhidos?

() sim () não

Se não, justificar:

4.10 Possui espaços administrativos e técnicos para atendimento individualizado, atendimentos em grupo, guarda de prontuários e realização de atividades da equipe?

() sim () não

Se não, justificar:

4.11 Possui espaço adequado para atendimentos de enfermagem?

() sim () não

Se não, justificar:

4.12 Possui estrutura para acolhimento de animais de estimação sendo um espaço adequado e higienizado para a permanência de cães pertencentes aos usuários acolhidos?

() sim () não

Se não, justificar:

4.13 O ambiente em geral possui boas condições de higienização?

() sim () não

Se não, justificar:

4.14 Há ferramentas para registro dos atendimentos realizados e rotina dos respectivos registros implantada?

() sim () não

Se não, justificar:.....

.....

5. Considerações Finais e Recomendações

.....

.....

.....

6. Conclusão

() Cumpre todos os requisitos

() Cumpre parcialmente os requisitos

Especificar.....

.....

.....

Representantes da Secretaria de Assistência Social que realizaram a visita técnica:

.....

.....

.....

Data da visita técnica:

Responsável pelo estabelecimento durante a visita técnica:

.....



Documento assinado eletronicamente por **Ana Caroline Giacomini, Diretor (a) Executivo (a)**, em 18/05/2026, às 09:14, conforme a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24/08/2001, Decreto Federal nº8.539, de 08/10/2015 e o Decreto Municipal nº 21.863, de 30/01/2014.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <https://portalsei.joinville.sc.gov.br/> informando o código verificador **29481036** e o código CRC **4F0EB3CD**.

Rua Dr. João Colin, 2719 - Bairro Santo Antônio - CEP 89218-035 - Joinville - SC - www.joinville.sc.gov.br

