

ANEXO SEI N° 0020984484/2024 - SAS.UAF

ANEXO I - Roteiro de Visita Técnica - Acolhimento de Idosos

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 O Alvará de Funcionamento está dentro do prazo de validade?

() sim () não

Se não, justificar:

2.3 Possui inscrição no Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa?

() sim () não

Se não, justificar:.....

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

() sim () não

Se não, justificar:

3. Equipe

3.1 Possui responsável técnico/RT?

() sim () não

Se não, justificar:

3.1.1 Qual a profissão do RT?

.....

3.2 Equipe de Referência para atendimento direto.

Profissionais	Sim/ Quantos	Não	Carga Horária Semanal para atuação no credenciamento
Coordenador	()	()	
Assistente Social	()	()	
Psicólogo(a)	()	()	
Enfermeiro	()).....	()	
Cuidadores	()	()	
Profissional para desenvolvimento de atividades socioculturais	()	()	
Profissional de Limpeza e lavanderia	()	()	
Profissional de alimentação (cozinheira)	()	()	

3.2.1 Possui outros profissionais? Qual função exerce na instituição?

.....

.....

.....

.....

3.3 Os profissionais estão inscritos e regulares nos seus respectivos órgãos de classe?

() sim () não

Se não, justificar:

.....

4. Estrutura e outros

4.1 O ambiente em geral possui boas condições de higienização?

() sim () não

Observações.....

4.2 Os espaços possuem acessibilidade?

() sim () não

Observações.....

4.3 O ambiente possui segurança?

() sim () não

Observações.....

4.4 Quais condições referentes a alimentação?

.....

.....

4.5 Quais condições referentes a vestuário/fraldas?

.....

.....

4.6 Há individualização dos pertences dos acolhidos?

() sim () não

Observações.....

4.7 Qual a organização em relação às medicações?

.....

.....

4.8 Os atendimentos realizados são devidamente registrados em prontuário individualizado?

() sim () não

Se não, justificar:

.....

4.9 De que forma são prestados os cuidados médicos e odontológicos dos acolhidos?

.....

4.10 A equipe realiza atendimentos individuais com os acolhidos?

() Sim () Não

Observação.....

.....

4.11 A equipe realiza ações de fortalecimento de vínculos entre usuários e familiares?

() Sim () Não

Observação.....

5. Procedimentos e capacidade instalada

5.1 A instituição possui capacidade de realizar o acolhimento conforme edital?

() sim () não

Se não, justificar:

6. Considerações Finais e Recomendações

7. Conclusão

() Cumpre todos os requisitos

() Cumpre parcialmente os requisitos

Especificar.....

.....

.....

Equipe da Gerência da Unidade de Proteção Social Especial

.....

.....

.....

.....

Data da visita técnica:

.....

Responsável pelo estabelecimento durante a visita técnica:

.....

.....

.....



Documento assinado eletronicamente por **Monica Salete Inthurn Marcomini, Gerente**, em 19/04/2024, às 14:23, 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.



Documento assinado eletronicamente por **Fabiana Ramos da Cruz Cardozo, Secretário (a)**, em 19/04/2024, às 14:37, 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 **0020984484** e o código CRC **B4C60432**.

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

