**PROCESSO LICITATÓRIO Nº 2253/2023**

**CHAMAMENTO PÚBLICO/CREDENCIAMENTO Nº 15/2023**

**ANEXO VI**

**ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA EM RI**

# Identificação da Instituição

Nome:.............................................................................................................…………………………

CNPJ nº ..............................................................................................................……………………...

Endereço:....................................................................................................………………………..

Telefone:...................................................................................................................…………........

E-mail:…..…………………………………………………………………………………………

# Análise Documental

* 1. O Alvará Sanitário está dentro do prazo de validade? ( ) sim ( ) não

Se não, justificar: ..............................................................................................................…………….

* 1. O Alvará de Funcionamento está dentro do prazo de validade? ( ) sim ( ) não

Se não, justificar: .............................................................................................................……………..

* 1. Possui inscrição no Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa? ( ) sim ( ) não

Se não, justificar:…......………………………………………………………………………………...

* 1. Há compatibilidade entre as atividades descritas no Alvará Sanitário e os serviços a serem contratados?

( ) sim ( ) não

Se não, justificar:.............................................................................................................……………...

# Equipe

* 1. Possui responsável técnico/RT? ( ) sim ( ) não

Se não, justificar:..............................................................................................................……………..

* + 1. Qual a profissão do RT? ..........……………………………………………………………
	1. Equipe de Referência para atendimento direto conforme NOB-RH/SUAS e Resolução CNAS nº 17 de 20/06/2011.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Profissionais | Sim/ Quantos | Não | Carga Horária Semanal para atuaçãono credenciamento |
| Coordenador | ( )............... | ( ) |  |
| Assistente Social | ( )............... | ( ) |  |
| Psicólogo | ( )............... | ( ) |  |
| Cuidadores | ( )............... | ( ) |  |
| Profissional para desenvolvimento de atividades socioculturais | ( )............... | ( ) |  |
| Profissional de Limpeza | ( )............... | ( ) |  |
| Profissional de alimentação | ( )............... | ( ) |  |
| Profissional de lavanderia | ( )............... | ( ) |  |

* + 1. Possui outros profissionais? Qual função exerce na instituição?

..........................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................

* 1. Os profissionais estão inscritos e regulares nos seus respectivos órgãos de classe?

( ) sim ( ) não

Se não, justificar:....................................................................................................................

# Estrutura e outros

* 1. O ambiente em geral possui boas condições de higienização? ( ) sim ( ) não

Observações……………………………………………………………………………………

* 1. Os espaços possuem acessibilidade? ( ) sim ( ) não

Observações………………………………………………………………………………………

* 1. O ambiente possui segurança? ( ) sim ( ) não

Observações………………………………………………………………………………………

* 1. Quais condições referentes a alimentação?

……………………………………………………………………………………………………

...............................................................................................................................................................

* 1. Há individualização dos pertences dos acolhidos? ( ) sim ( ) não

Observações………………………………………………………………………………………

* 1. Qual a organização em relação às medicações?

……………………………………………………………………………………………………

...............................................................................................................................................................

* 1. Os atendimentos realizados são devidamente registrados em prontuário individualizado?

( ) sim ( ) não

Se não, justificar:

…………………………………………………………………………………………….....

……………………………………………………………………………………………………

* 1. De que forma são prestados os cuidados médicos e odontológicos dos acolhidos?

……………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

* 1. A equipe realiza atendimentos individuais com os acolhidos? ( ) Sim ( ) Não

Observação…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

* 1. A equipe realiza ações de fortalecimento de vínculos entre usuários e familiares? ( ) Sim ( ) Não

Observação……………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

# Procedimentos e capacidade instalada

* 1. A instituição possui capacidade de realizar o acolhimento conforme edital? ( ) sim ( ) não

Se não, justificar:

....................................................................................................................

# Considerações Finais e Recomendações

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

# Conclusão

( ) Cumpre todos os requisitos

( ) Cumpre parcialmente os requisitos Especificar……………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

…………………………..................................................................................................................

Equipe da Departamento de Assistência Social

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………..............................................................................................................................................

Data da visita técnica:

............................................................................................................

Responsável pelo estabelecimento durante a visita técnica: ................................................……………….....

................................................................................................................................................