

ANEXO U - VIII
40ºBATALHÃO DE INFANTARIA
VistoriaTécnica

Fonoaudiologia/Psicologia/Pedagogia/Clínicas		
NOME:	NATUREZA:	Profissionais:
ENDEREÇO:	CNPJ:	
MUNICÍPIO:	UF:	Técnicos:
DIRETOR TÉCNICO:	Conselho:	Administradores:
DIRETOR CLÍNICO:	Conselho:	Outros:
E-mail:	Telefones/Fax:	
CONTATO DURANTE A VISTORIA:	CEP:	
Itens Avaliados		Observações:
Alvará da Vigilância Sanitária atualizado	Sim () Não()	
Licença de funcionamento	Sim () Não()	
Registro no Conselho	Sim () Não()	
CNES(Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde)	Sim () Não()	
DML (depósito para material de limpeza)	Sim () Não()	
Seleção de lixo conforme protocolo da Anvisa	Sim () Não()	
Arquivo	Sim () Não()	
Almoxarifado	Sim () Não()	
Utilização de EPI de acordo com a ABNT	Sim () Não()	
Escada	Sim () Não()	
Elevador	Sim () Não()	
Sinalização conforme ABNT	Sim () Não()	
Ventilação adequada	Sim () Não()	
Iluminação adequada	Sim () Não()	
Equipamentos de segurança conforme a ABNT	Sim () Não()	
Higienização adequada	Sim () Não()	
Possui manuais de rotinas e procedimentos	Sim () Não()	
Acessível em todas as áreas	Sim () Não()	
Posto de enfermagem	Sim () Não()	
Sala administrativa	Sim () Não()	
Manutenção preventiva dos equipamentos	Sim () Não()	
Sala de espera para acompanhantes	Sim () Não()	
Piso e paredes laváveis	Sim () Não()	
Salas para Atendimento		
Itens Avaliados		Observações:
Consultórios	Sim () Não()	
Outras salas para atendimento específico	Sim () Não()	
Equipamentos		
Itens Avaliados		Observações:

40° BATALHÃO DE INFANTARIA
FL: _____ Rubrica: _____

Ultra-som	Sim () Não()	
Ondascurtas	Sim () Não()	
FES	Sim () Não()	
Aparelho decorrente dinâmica(galvânica/farádica)	Sim () Não()	
TENS	Sim () Não()	
Barraparalela ajustável	Sim () Não()	
Aparelhop/priocepção(tábuadeequilíbrio)	Sim () Não()	
Turbilhão	Sim () Não()	
Rampas para alongamento	Sim () Não()	
Freezer para crioterapia	Sim () Não()	
Equipamentos para cinesioterapia	Sim () Não()	
Escada de Ling	Sim () Não()	
Carrinho de urgência	Sim () Não()	
Monovacômetro	Sim () Não()	
Bola de Bobath	Sim () Não()	
Cilindro de Oxigênio	Sim () Não()	
Bicicleta ergométrica	Sim () Não()	
Aparelho de PA	Sim () Não()	
Equipamentos para fisioterapia respiratória	Sim () Não()	
Sanitários para ambos os sexos	Sim () Não()	
Outros equipamentos	Sim () Não()	
Outros materiais para especialidade	Sim () Não()	

Piscina para hidroterapia
Itens Avaliados
Observações:

Area coberta	Sim () Não()	
Aquecida	Sim () Não()	
Tamanho adequado	Sim () Não()	
Conservação e limpeza adequados	Sim () Não()	
Equipamentos de segurança conforme a ABNT	Sim () Não()	
Manutenção preventiva dos equipamentos	Sim () Não()	
As amostras de água são analisadas	Sim () Não()	
laboratorialmente para contagem	Sim () Não()	
bacteriológica, pelo menos 1 vez/mês	Sim () Não()	
Vestiários para pacientes	Sim () Não()	
Acesso a dequado	Sim () Não()	

Classificação

ItensAvaliados	Ótimo/Bom/ Regular/ Insatisfatório	Observações:
Planta física		
Administração		
Sistema de Informação ao Cliente/Paciente		
Serviço de Controle de Infecção		
Serviços Complementares		
Recursos Humanos/Qualidade		
Laboratórios/salas de exames		

Equipamentos		
Central de Material e Esterilização		
Sistema de Controle de Qualidade		
Recepção		
Almoxarifado		
Manutenção		
Serviço de Higiene		
Outras Instalações		

PARECER FINAL

RESPONSÁVEL(IS) PELA VISTORIA TÉCNICA	
VISTORIADOR(FuSEx)	
RESPONSÁVEL TÉCNICO(OCS)	Data: ____/____/____.