

ANEXO B  
Edital nº 001/2024



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
3º BATALHÃO DE ENGENHARIA DE CONSTRUÇÃO  
(1º Batalhão de Engenharia/1942)  
" BATALHÃO VISCONDE DA PARNAÍBA "

**RELATÓRIO DA VISITA DE AVALIAÇÃO HOSPITALAR PARA  
CREDENCIAMENTO DE OCS COM O FUSEX/3ºBEC**

**1 - IDENTIFICAÇÃO**

**1.1** - Data da Visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1.2** - Razão Social: \_\_\_\_\_

**1.3** - CNPJ: \_\_\_\_\_

**1.4** - Nome de Fantasia \_\_\_\_\_

**1.5** - Endereço Completo: \_\_\_\_\_

**1.6** - Cidade: \_\_\_\_\_

**1.7** - Telefone: \_\_\_\_\_

**1.8** - Natureza dos Serviços Prestados: \_\_\_\_\_

**1.9** - Diretor Técnico: \_\_\_\_\_

**1.10** - Diretor Administrativo: \_\_\_\_\_

**2 - ENTREVISTA**

**2.1** - Foi Realizada visita às instalações da OCS?

( ) Sim ( ) Não

**2.2** - Foi realizada entrevista com profissional da OCS?

( ) Sim ( ) Não

**2.3** - Caso positivo, indicar o nome e a função do profissional que representou a OCS na visita e na entrevista:

\_\_\_\_\_

### **3 - CONDIÇÕES FÍSICAS EM GERAL**

#### **3.1 - ARQUITETURA**

- 3.1.1** - Presença de cores claras e alegres  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.1.2** - Pintura no teto dos corredores  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.1.3** - Design arredondado (maçanetas, pia, mesas, etc.)  
prevenindo a segurança do paciente  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.1.4** - Mobiliário moderno  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.1.5** - Móveis limpos  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.1.6** - Móveis em bom estado de conservação  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.1.7** - Iluminação decorativa  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.1.8** - Jardins  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.1.9** - Fachada predial com forte impacto visual  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.1.10** - Ventilação suficiente nos ambientes  
☐ Sim    ☐ Não

#### **3.2 - MANUTENÇÃO PREDIAL**

- 3.2.1** - Infiltrações  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.2.2** - Pinturas descascadas  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.2.3** - Tomadas em bom estado de conservação  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.2.4** - Lustres/arandelas em bom estado  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.2.5** - Peças dos banheiros conservadas  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.2.6** - Limpeza adequada nos ambientes  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.2.7** - Instalação Elétrica adequada?  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.2.8** - Central de ar comprimido?  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.2.9** - Reservatório de Oxigênio?  
☐ Sim    ☐ Não
- 3.2.10** -Vazamento hidráulico?  
☐ Sim    ☐ Não

### **3.3 - AUTOMAÇÃO HOTELEIRA**

**3.3.1 - Fechadura com cartão**

( ) Sim ( ) Não

**3.3.2 - Controle de temperatura**

( ) Sim ( ) Não

**3.3.3 - Sensores de presença**

( ) Sim ( ) Não

**3.3.4 - Abertura de janela por controle remoto**

( ) Sim ( ) Não

### **3.4 - SERVIÇOS CRIATIVOS**

**3.4.1 - Brinquedoteca para crianças**

( ) Sim ( ) Não

**3.4.2 - Business center**

( ) Sim ( ) Não

**3.4.3 - Academia de ginástica**

( ) Sim ( ) Não

**3.4.4 - Salas de eventos**

( ) Sim ( ) Não

**3.4.5 - Lojas de conveniência**

( ) Sim ( ) Não

**3.4.6 - Cyber café com internet**

( ) Sim ( ) Não

**3.4.7 - Cabeleireiro**

( ) Sim ( ) Não

**3.4.8 - Revistaria**

( ) Sim ( ) Não

**3.4.9 - Floricultura**

( ) Sim ( ) Não

**3.4.10 - Música ao vivo na recepção**

( ) Sim ( ) Não

**3.4.11 - Sonorização ambiental**

( ) Sim ( ) Não

**3.4.12 - Recreação e entretenimento**

( ) Sim ( ) Não

**3.4.13 - Corais nos andares**

( ) Sim ( ) Não

### **3.5 - COMODIDADES NOS QUARTOS**

**3.5.1 - Frigobar**

( ) Sim ( ) Não

**3.5.2 - Cama eletrônica**

( ) Sim ( ) Não

**3.5.3 - Ar-condicionado**

( ) Sim ( ) Não

**3.5.4 - Escrivaninha**

( ) Sim ( ) Não

**3.5.6 - Poltrona para descansar as pernas**

☐ Sim ☐ Não

**3.5.7 - Apartamento decorado**

☐ Sim ☐ Não

**3.5.8 - Cofre eletrônico**

☐ Sim ☐ Não

**3.5.9 - Telefone**

☐ Sim ☐ Não

**3.5.10 - Banheiro sem box e cortinas**

☐ Sim ☐ Não

### **3.6 - RECEPÇÃO**

**3.6.1 - Boa iluminação**

☐ Sim ☐ Não

**3.6.2 - Pouco barulho/ruído**

☐ Sim ☐ Não

**3.6.3 - Climatização**

☐ Sim ☐ Não

**3.6.4 - Placas de sinalização de fácil visualização e**

entendimento

☐ Sim ☐ Não

**3.6.5 - Balcão proporcional em tamanho e adequado para o**

atendimento

☐ Sim ☐ Não

**3.6.6 - Equipe uniformizada**

☐ Sim ☐ Não

**3.6.7 - Pessoal treinado em acolhimento e humanização**

☐ Sim ☐ Não

**3.6.8 - Boa apresentação pessoal**

☐ Sim ☐ Não

**3.6.9 - Ambiente agradável (decoração, flores, etc.)**

☐ Sim ☐ Não

**3.6.10 - Existe sala de espera**

☐ Sim ☐ Não

**3.6.11 - Possui sofá ou poltronas**

☐ Sim ☐ Não

**3.6.12 - Caso positivo, quantos lugares \_\_\_\_\_**

☐ Sim ☐ Não

**3.6.13 - Aparelho de TV**

☐ Sim ☐ Não

### **3.7 - ESTACIONAMENTO**

**3.7.1 - Calçamento adequado**

☐ Sim ☐ Não

**3.7.2 - Fácil acesso à recepção**

☐ Sim ☐ Não

**3.7.3 - Presença de vigias**

☐ Sim ☐ Não

**3.7.4 - Sinalização externa**

( ) Sim ( ) Não

**3.7.5 - Segurança para entrada de funcionários e fornecedores**

( ) Sim ( ) Não

**3.7.6 - Há vigias ou segurança fazendo ronda dentro do hospital**

( ) Sim ( ) Não

**3.7.7 - Boa iluminação**

( ) Sim ( ) Não

## **4 - DOCUMENTAÇÃO**

**4.1 - Possui Alvará Sanitário da Vigilância Sanitária e do Corpo de Bombeiros atualizados, expedidos pelos órgãos competentes, conforme consta estabelecido na Lei Federal nº 6.437, de 20/08/77, e suas atualizações, ou em outro instrumento legal que venha substituí-la?**

( ) Sim ( ) Não Caso negativo especificar: \_\_\_\_\_

**4.2 - Possui Certificado de Regularidade Técnica dos serviços nos conselhos competentes?**

( ) Sim ( ) Não Caso negativo especificar: \_\_\_\_\_

## **5 - CONDIÇÕES FÍSICAS DAS INSTALAÇÕES SANITÁRIAS**

**5.1 - Lavatório?**

( ) Sim ( ) Não

**5.2 - Vaso sanitário com tampa?**

( ) Sim ( ) Não

**5.3 - Coletor de lixo com tampa e pedal?**

( ) Sim ( ) Não

**5.4 - Toalheiro e toalha de papel?**

( ) Sim ( ) Não

**5.5 - Sabonete líquido?**

( ) Sim ( ) Não

**5.6 - Área para coletor de lixo ambulatorial/hospitalar?**

( ) Sim ( ) Não

**5.7 - Instalações:**

**5.7.1- Compatíveis?** ( )

**5.7.2 - Não compatíveis?** ( )

**5.8 - Aparelhos e equipamentos:**

**5.8.1 - Atualizados?**

( ) Sim ( ) Não

**5.8.2 - Modernos?**

( ) Sim ( ) Não

**5.8.3 - Satisfatórios?**

( ) Sim ( ) Não

## **6 - UNIDADE DE INTERNAÇÃO**

**6.1-** Possui Centro Obstétrico?

**6.2 -** Possui UTI?

( ) Sim ( ) Não

Caso positivo, total de Leitos? \_\_\_\_\_

**6.3 -** Possui Centro Cirúrgico?

( ) Sim ( ) Não

Caso positivo, total de Salas? \_\_\_\_\_

**6.4 -** Possui Pediatria?

( ) Sim ( ) Não

**6.5 -** Possui Central de Esterilização?

( ) Sim ( ) Não

**6.6 -** Possui Pronto Socorro 24 horas?

( ) Sim ( ) Não

**6.7-** Número de Quartos Coletivos:

**6.7.1 -** Com até 3 (três) Leitos? \_\_\_\_\_

**6.7.2 -** Com até 6 (seis) Leitos? \_\_\_\_\_

**6.7.3 -** Com mais de 6 (seis) Leitos? \_\_\_\_\_

**6.8 -** Número de Quartos Privativos? \_\_\_\_\_

**6.9 -** Número de Quartos Luxo? \_\_\_\_\_

## **7 - SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICOS PRÓPRIOS**

**7.1 -** Radiologia

( ) Sim ( ) Não

**7.2 -** USG - Ultrassonografia

( ) Sim ( ) Não

**7.3 -** Laboratório de Análise Clínicas

( ) Sim ( ) Não

**7.4 -** Laboratório de Patologia Clínica

( ) Sim ( ) Não

**7.5 -** Tomografia

( ) Sim ( ) Não

**7.6 -** Ressonância Magnética

( ) Sim ( ) Não

**7.7 -** Hemodinâmica

( ) Sim ( ) Não

**7.8 -** Cintilografia

( ) Sim ( ) Não

**7.10 -** Medicina Nuclear

( ) Sim ( ) Não

**7.11 -** PET-SCAN/CT

( ) Sim ( ) Não

**7.12 -** Forma de atendimento ao cliente:

( ) Com hora marcada

( ) Por ordem de chegada

( ) Plantão

## 8 - OUTROS SERVIÇOS HOSPITALARES

Outros serviços que serão objeto de questionamentos e de avaliação:

**8.1-Farmácia:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8.2- Sistematização da Assistência de Enfermagem:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8.3- Fisioterapia:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8.4- Odontologia:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 9 -INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

**9.1 - Consultas clínicas e atendimento ambulatorial?**

( ) Sim ( ) Não

**9.2 - Serviço de urgência e emergência com internação hospitalar?**

( ) Sim ( ) Não

**9.3 -Remoção (Ambulância) - Próprio?**

( ) Sim ( ) Não

**9.4 - Número de Consultórios Médicos?** \_\_\_\_\_

**9.5 - Número de Consultórios Odontológicos?** \_\_\_\_\_

**9.6 - Número de Consultórios de Fisioterapia?** \_\_\_\_\_

**9.7 - Número de Sala de Observação?** \_\_\_\_\_

**9.8 - Número de Postos de Pronto Atendimento (Urgência/Emergência)?** \_\_\_\_\_

**9.9 - Possui serviço de Lavanderia próprio?**

( ) Sim ( ) Não

**9.10 - Possui serviço de Hemodinâmica próprio?**

( ) Sim ( ) Não

**9.11 - Possui serviço de Laboratório próprio?**

( ) Sim ( ) Não

**9.12 - Número de Sala de Curativos?** \_\_\_\_\_

**9.13 - Forma de atendimento ao cliente para consultas:**

( ) Com hora marcada ( ) Por ordem de chegada

**9.14** - O agendamento de retorno é garantido ao paciente no ato da consulta, para até 30 dias após o atendimento inicial?

( ) Sim ( ) Não

Caso positivo, no dia da consulta inicial, o paciente já pode agendar a data do retorno dentro do prazo de até 30 dias?

( ) Sim ( ) Não

**Referência:** MARTINS, MS. Princípios de hotelaria aplicados às organizações de saúde: um estudo de caso em dois hospitais de Santa Catarina. 2008. 162f. Dissertação (Mestrado em Turismo e Hotelaria) – Centro de Educação Balneário Camboriú, Universidade do Vale do Itajaí. Balneário Camboriú, 2008.

**11 - PARECER CONCLUSIVO:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

Picos-PI, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**Pelo FUSEx/3º BEC:**

\_\_\_\_\_  
**Equipe Credenciante**

**Pela OCS (Concordo):**

\_\_\_\_\_  
**Responsável pela OCS**