



SECRETARIA DA FAMÍLIA E PROTEÇÃO SOCIAL – SEFASO

**PROCESSO LICITATÓRIO Nº
CREDENCIAMENTO Nº**

ANEXO

ROTEIRO DE VISITA TÉCNICA EM ILPI

1. Identificação da Instituição

Nome:.....
CNPJ nº
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 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 conforme Regulamentação da Anvisa:

Profissionais	Sim/ Quantos	Não	Carga Horária Semanal para atuação no credenciamento
Coordenador	()	()	
Assistente Social	()	()	
Psicólogo	()	()	
Cuidadores	()	()	
Profissional para desenvolvimento de atividades de lazer	()	()	
Profissional de Limpeza	()	()	
Profissional de alimentação	()	()	
Profissional de lavanderia	()	()	



SECRETARIA DA FAMÍLIA E PROTEÇÃO SOCIAL – SEFASO

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 Há individualização dos pertences dos acolhidos? () sim () não

Observações.....

4.6 Qual a organização em relação às medicações?

.....
.....

4.7 Os atendimentos realizados são devidamente registrados em prontuário individualizado?

() sim () não

Se não, justificar:

.....
.....

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

.....
.....

4.9 A equipe realiza atendimentos individuais com os acolhidos? () Sim () Não

Observação.....

.....
.....

4.10 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

.....
.....



SECRETARIA DA FAMÍLIA E PROTEÇÃO SOCIAL – SEFASO

7. Conclusão

() Cumpre todos os requisitos

() Cumpre parcialmente os requisitos

Especificar.....

.....

Equipe da Técnica da Assistência Social

.....

.....

Data da visita técnica:

.....

Responsável pelo estabelecimento durante a visita técnica:

.....

.....