**COMCRIAR – Relatório de visita**

 Araraquara, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Instituição:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome que é Conhecida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_

Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vencimento do Registro: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Data da Visita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Responsável pelas Informações: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo que Ocupa na Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Documentação Necessária:**

Plano de Trabalho ( )

Tipo de Trabalho (descreva): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cronograma das Atividade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vistoria do Bombeiro ( ) Sim ( ) Não Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alvará Vigilância Sanitária ( ) Sim ( ) Não Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Documentação dos Profissionais que atuam**

Quantidade de funcionários: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dividir funcionários por Regime: Quantidade: \_\_\_\_\_\_\_ Regime de Contratação \_\_\_\_\_\_

Quantidade: \_\_\_\_\_\_\_ Regime de Contratação \_\_\_\_\_\_

Quantidade: \_\_\_\_\_\_\_ Regime de Contratação \_\_\_\_\_\_

**Obs: Regime de contratação (CLT, PJ, estagio, etc)**

Formação dos Profissionais:

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome** | **Formação** |
|  |  |
|  |  |

Atividades que desenvolvem na instituição:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Custo do Projeto e os convênios:

R$ - RH

R$ - Recursos Matérias

R$ - Outros ( Explique)

**R$ TOTAL**

Relatório com nomes dos usuários atendidos: ( ) Sim ( ) Não Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quantos atendidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alguém paga algum valor: ( ) Não ( ) Sim Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relacionar os Convênios:

 Municipal: R$

 Estadual: R$

 Federal: R$

 Outros: R$ Descreva: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estrutura Física**

Habitabilidade ( ) Bom ( ) Regular ( ) Insuficiente Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Higiene ( ) Bom ( ) Regular ( ) Insuficiente Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Salubridade ( ) Bom ( ) Regular ( ) Insuficiente Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Segurança ( ) Bom ( ) Regular ( ) Insuficiente Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visualizou extintores se possui ou está na validade ( ) Sim ( ) Não Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Equipamentos ( ) Bom ( ) Regular ( ) Insuficiente Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Guarda Objetos Pessoais ( ) Sim ( ) Não

Materiais de Higiene Pessoal Disponível ( ) Sim ( ) Não

É realizado Banho ( ) Sim ( ) Não

Dormitórios ( ) Bom ( ) Regular ( ) Insuficiente Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Espaço adequado dos dormitórios ( ) Sim ( ) Não Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Banheiros ( ) Bom ( ) Regular ( ) Insuficiente Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cozinha ( ) Bom ( ) Regular ( ) Insuficiente Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Higiene da Cozinha ( ) Bom ( ) Regular ( ) Insuficiente Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Manuseio adequado dos alimentos na cozinha ( ) Sim ( ) Não

Conservação dos Alimentos ( ) Bom ( ) Regular ( ) Insuficiente Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Refeitório ( ) Bom ( ) Regular ( ) Insuficiente Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Refeições Oferecidas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profissionais acompanham as refeições: ( ) Sim ( ) Não

Dispensa ( ) Bom ( ) Regular ( ) Insuficiente Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Organização e armazenamento do alimentos

 ( ) Bom ( ) Regular ( ) Insuficiente Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES GERAIS**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lista dos profissionais:

Funcionários:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Função | Quantidade | Carga Horária |
|  |  |  |
|  |  |  |

Voluntários:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Função | Quantidade | Carga Horária |
|  |  |  |
|  |  |  |

Prestadores de Serviços:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Função | Quantidade | Carga Horária |
|  |  |  |
|  |  |  |

Plano de Trabalho ( ) Compatível ( ) Incompatível – Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usuários atendidos por faixa etária:

|  |  |
| --- | --- |
| Idade | Quantidade |
|  |  |
|  |  |

Quais os critérios para admissão ? Quem os encaminha ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Existe trabalho com as famílias ? ( ) Sim ( ) Não

Justifique quais os trabalhos ou por que não: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Existem atividades de lazer ? ( ) Não ( ) Sim Quais: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tem meios de locomoção para transporte dos usuários ? ( ) sim ( ) não

Se sim, como é feito por parceira e quem ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quais as fontes de captação de recursos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No âmbito de saúde em caso de ocorrências ou necessidade, quais as atitudes da equipe em caso de urgência ? tem algum treinamento ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Realizam administração de medicamentos ? ( ) Sim ( ) Não

Explique a ação tomada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tem algum convenio ou serviço de saúde de referência ? ( ) Sim ( ) Não

Quais as dificuldades que vem enfrentando na instituição:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quais os sucessos obtidos:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qual a metodologia de avaliação dos trabalhos realizados:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tem lista de espera para novos usuários: ( ) Sim ( ) Não

Se sim, Quantos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Qual motivo não atende: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Conselheiro e equipe da visita:

Parecer Final da Equipe de Visita: