|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO I - A** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **1. IDENTIFICAÇÃO** | | | | | | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Instituição | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| CNPJ | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Endereço: | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Bairro: | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Município | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  | CEP: | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Telefones | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  | E-mail(s) da entidade: | | | | | | | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Fundação | | | | |  |  |  | \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |  | Sede própria | | | | |  |  | Alugada | | | | | |  |  | Cedida | | | |  |
| DIRETORIA/Data da eleição atual | | | | | | | | | | | | |  | | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | | | | | |  | Tempo de Mandato | | | | | | |  |  | |  |  |  | | Anos | |  |
| Representante legal | | | | | | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CPF |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Formação | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Inscrição | | | | | COMAD | |  | Sim | | | |  |  | | Não | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | | CONEN | |  | Sim | | | |  |  | | Não | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | | CONAD | |  | Sim | | | |  |  | | Não | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Descreva a FINALIDADE da Instituição: | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **1.1 UNIDADE** | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Nome: | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Endereço: | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Bairro: | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Município | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | CEP: | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Telefones | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | E-mail da entidade: | | | | | | | |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Responsável Técnico | | | | | | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Profissão | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Responsável Técnico Substituto | | | | | | | | | | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Profissão | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Nº do CNES (Cadastro Nacional Estabelecimento de Saúde) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **1.2 FONTE DE RECURSOS** | | | | | | | |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **Receita** | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Doações: | | | | |  |  |  |  | Sim | | | |  |  | | Não | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Especificar: | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Própria da Comunidade: | | | | | | | |  | Sim | | | |  |  | | Não | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Especificar: | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Recursos Federal: | | | | | |  |  |  | Sim | | | |  |  | | Não | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Órgão: | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Valor: | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Objeto: | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Emenda Federal: | | | | | |  |  |  | Sim | | | |  |  | | Não | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Captação de Recursos: | | | | | | | |  | Sim | | | |  |  | | Não | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Recursos Estado: | | | | | |  |  |  | Sim | | | |  |  | | Não | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Órgão: | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Valor: | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Objeto: | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Emenda Federal: | | | | | |  |  |  | Sim | | | |  |  | | Não | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Captação de Recursos: | | | | | | | |  | Sim | | | |  |  | | Não | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Recursos Município: | | | | | | |  |  | Sim | | | |  |  | | Não | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Órgão: | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Valor: | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Objeto: | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Emenda Federal: | | | | | |  |  | Sim | | | |  |  | Não | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Captação de Recursos: | | | | | | | | Sim | | | |  |  | Não | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **2. INFRAESTRUTURA** | | | | | | |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **2.1 VAGAS** | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Total da Capacidade instalada (total de atendimento): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | | **Público** | | |  |  |  |  | | **Sim** |  | | **Não** | |  | **SEPAZ** | |  | **SENAD** | | | **MUNICÍPIO** | | | | **PARTICULAR** | | | | | |  | **TOTAL GERAL** | | | | |
| Adulto Masculino: | | | | | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| Adolescente Masculino: | | | | | | | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| Adulto Feminino: | | | | | |  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| Adulto Feminino Nutriz: | | | | | | | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| Adolescente Feminino | | | | | | | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| Adol. Feminino Nutriz: | | | | | | | |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **2.2 ACOMODAÇÕES** | | | | | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **Especificação** | | | | |  |  | **Cama** | | | |  | | **Beliche** | | | |  |  | **Banheiro** | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **Quarto 1** | | | | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **Quarto 2** | | | | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **Quarto 3** | | | | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **Quarto 4** | | | | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **Quarto 5** | | | | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **Quarto 6** | | | | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **Quarto 7** | | | | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **Quarto 8** | | | | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **Quarto 9** | | | | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **Quarto 10** | | | | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **Total** | |  | | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **2.3 RECURSOS HUMANOS** | | | | | | | | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **Especificação** | | | | |  |  |  |  | **Contratado** | | | | | | |  | **Voluntário** | | | |  | **Cedido** | | | |  | **Total RH** | | | | | |  | **CHS¹/Total** | | | | |
| Médico | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Enfermeiro | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Psicológico | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Farmacêutico | | | | | |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Assitente Social | | | | | |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Administrador | | | | | |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Técnico de Enfermagem | | | | | | | |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Administrativo | | | | | |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Auxiliar de Serviços Gerais | | | | | | | | |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Auxiliar de Cozinha | | | | | | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Auxiliar de Lavanderia | | | | | | | |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Funcionário de Segurança | | | | | | | | |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **Outros** | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **¹ CHS - Carga Horária Semanal** | | | | | | | | | | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **2.4 INFRAESTRUTURA E CONDIÇÕES GERAIS** | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **2.4.1 Condições Organizacionais** | | | | | | | | | | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | **SIM** | | | **NÃO** | |
| 1. Alvará de funcionamento | | | | | | | | |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 2. Licença Sanitária atualizada e visível ao público. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 3. Possui documento atualizado que descreva suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais (Plano de Cuidados Terapêuticos). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 4. Possui ficha individual dos residentes, com registro periódico do atendimento dispensado, e eventual intercorrências clínicas observadas, acessíveis aos residentes e responsáveis. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 5. Possui área para arquivo das fichas dos residentes. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 6. As fichas individuais dos residentes contemplam itens como: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |  |  |  |
| I - horário do despertar | | | | | | | |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| II - atividade física e desportiva | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| III - atividade lúdico-terapêutica variada | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| IV - atendimento em grupo e individual | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| V - atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |  |  |  |
| VI - atividade que promova o desenvolvimento interior (yoga, canto, reflexão, técnicas de relaxamento, entre outros) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| VII - registro de atendimento médico, quando houver; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| VIII - atendimento em grupo coordenado por membro da equipe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| IX - participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| X - atividades de estudos para alfabetização e profissionalização; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| XI – atendimento à família durante o período de tratamento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |
| XII – tempo previsto de permanência do residente na instituição. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| XIII – atividades visando à reinserção social do residente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **2.4.2 Gestão de Infraestrutura** | | | | | | | | | | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | **SIM** | | | **NÃO** | |
| 1. Piso, teto, paredes, mobiliários íntegros e de fácil limpeza. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 2. Ambientes limpos e organizados. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 3. Ausência de infiltrações e mofos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 4. A instituição garante a qualidade da água para o seu funcionamento, caso não disponham de abastecimento público. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 5. Quarto coletivo com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas e de pertences com dimensionamento compatível com o número de residentes e com área que permita livre circulação. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 6. Banheiro para residentes dotado de bacia, lavatório e chuveiro com dimensionamento compatível com o número de residentes (mínimo de 01 bacia para cada 06 residentes e 01 chuveiro para cada 10 residentes). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 7. As portas dos ambientes de uso dos residentes possuem instalações com travamento simples, sem o uso de trancas ou chaves. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| **Setor de Convivência** | | | | | | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | | |  |  |
| 8. Sala de atendimento individual. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 9. Sala de atendimento coletivo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 10. Área para realização de oficinas de trabalho. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 11. Área para realização de atividades laborais. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 12. Área para prática de atividades desportivas. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  |  | |  |
| **Setor Administrativo** | | | | | | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 14. Sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 15. Sala administrativa. | | | | | | | |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 16. Área para arquivo das fichas dos residentes. | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 17. Sanitários só para funcionários (ambos os sexos). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **Setor de Apoio Logístico** | | | | | | | |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 18. Cozinha coletiva | | | | | | |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 19. Refeitório | | | | | |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 20. Lavanderia coletiva | | | | | | | |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 21. Almoxarifado | | | | | |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 22. Área para depósito de material de limpeza | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 23. Área para abrigo de resíduos sólidos (lixo). | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 24. A Instituição dispõe de véiculos? | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Quant. | |  | | | Próprio | | |  | Cedido | | |  |  | |  | Alugado | | |  | Ano | |  | Marca | | |  | Modelo | | | | |  | Estado de Conservação | | | | | |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **3. PROCESSO ASSISTENCIAL** | | | | | | | | |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | **SIM** | | | **NÃO** | |
| 1. A admissão é feita mediante triagem | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 2. Admite pessoas cuja situação requer prestação de serviços de saúde disponibilizados pela instituição | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 3. O responsável técnico assume a responsabilidade pela administração e guarda de medicamentos em uso pelos residentes (individualizados em armário com chaves). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 4. Medicação fica acondicionada junto com a prescrição médica e identificada com o nome do residente. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 5. O tempo máximo de permanência do residente na instituição é explícito em suas normas e rotinas. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 6. No processo de admissão de residente, a instituição garante? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 6.1 Respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 6.2 Orientação clara ao usuário e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e amigos, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância, mesmo em caso de mandado judicial (verificar se há termo de aceitação). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 6.3 A permanência voluntária. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 6.4 A possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas, avaliadas e documentadas por profissional médico. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
| 6.5 O sigilo, segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 6.6. A divulgação de informação a respeito de pessoa, ocorra somente mediante autorização por escrito pela pessoa ou responsável. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | | |  | |
| 7. Durante a permanência do residente, a instituição garante? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 7.1 O cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA (substâncias psicoativas) e violência. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 7.2 O direito a cidadania dos residentes e proibição de castigos físicos, psíquicos e/ou morais. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 7.3 A manutenção de tratamento de saúde do residente. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 7.4 Alimentação nutritiva (mínimo 03 refeições diárias), cuidados de higiene e alojamentos adequados. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 8. São adotados critérios para alta terapêutica, desistência (alta a pedido), desligamento (alta administrativa), desligamento em caso de mandato judicial e evasão (fuga), registrados na ficha individual do residente com comunicação da família ou responsável. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 9. A instituição indica os serviços de atenção integral à saúde, disponíveis para os residentes, sejam eles públicos ou privados. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 10. A família participa de atividades desenvolvidas pela instituição | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Especificar: | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 10.1 Há Comunicação formal aos familiares ou responsáveis pela pessoa acolhida quando há alta terapéutica, desistência, desligamento, ou evasão? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| Especificar: | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 11. Rede de Referência Sócio Assistencial | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 11.1 Saúde | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Há Comunicação Formal? | | | | | | | | |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 11.2 Assistência Social | | | | | | | |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Há Comunicação Formal? | | | | | | | | |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 11.3 Grupos de Mútua Ajuda | | | | | | | | | | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 11.4 Reinserção Social | | | | | | | |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 11.5 Outros | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **Adolescentes** | | | | | |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 12. Há projeto terapêutico específico para adolescentes? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 13. Há projetos de reinserção social específicos para os adolescentes? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 14. Os adolescentes acolhidos têm acesso à educação durante o período de acolhimento? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  |  |  |
| Especificar: | | | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 15. Há comunicação ao Conselho Tutelar local e ao Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente ou ao juízo responsável pelo encaminhamento quando há acolhimento de adolescente, ou quando há alta terapêutica, desistência, desligamento, desligamento em caso de determinação judicial ou evasão? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 16. A Entidade aceita o acolhimento de adolescente em cumprimento de medida socioeducativa? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 17. Aceita o acolhimento de adolescente em cumprimento de medida protetiva conforme prevê o art. 101, VI, do ECA? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| 17.1 Indicar quem encaminhou o acolhido: | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 17.2 Identificar o território de origem do acolhido: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras.

Assinatura do Responsável

Carimbo com nome e CPF