



MINISTÉRIO DA DEFESA
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

ANEXO E

PARECER TÉCNICO DE VISTORIA

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 - MANUNTEÇÃO 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? () Sim () Não
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:

Brasília, ____ de _____ de 20 .

Pelo HFA:

Responsável pela coleta dos dados