

**FORMULÁRIO – CORREIÇÃO ORDINÁRIA****IDENTIFICAÇÃO DO EXPEDIENTE**

**Expediente** Correição Ordinária – Portaria nº 005/COR/2022

**PA**

**Objeto** Verificar a regularidade das atividades desenvolvidas pelo órgão inspecionado.

**Instauração** 24/08/2022

**Órgão Fiscalizador** Corregedoria Geral do Município de Sorocaba

**Recebimento**

**Prazo** 90 dias [a contar da data da visita]

**Corregedor-geral**

**Câmara Correccional** Primeira

**Corregedoras**

**IDENTIFICAÇÃO DA SECRETARIA/UNIDADE INSPECIONADA**

**Secretaria** Saúde

**Secretário (a)**

**Órgão Inspecionado** UBS – Vila Barão

**Endereço** Rua Afonso Muraro, 41 – Vila Barão

**Telefone** 3234-5621

**E-mail**

**IDENTIFICAÇÃO DA VISITA DE INSPEÇÃO *IN LOCO***

**DATA** 11/10/2022

**HORÁRIO**

**INÍCIO**

**TÉRMINO**

**Servidor (es) responsável (is) pelo atendimento durante inspeção *in loco*:**

**PALÁCIO DOS TROPEIROS – 4º andar**

Av. Eng. Carlos Reinaldo Mendes, 3.041 – Alto da Boa Vista – CEP 18013-280 – Sorocaba – SP

Fone: (15) 3238.2177

**CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE INSPECIONADA**

Breve relato histórico do órgão [citar legislação pertinente/programas governamentais/fonte(s) de recurso(s)/bairros atendidos.]. Relacionar as instruções SES a serem observadas pela UBS.

Especialidades ofertadas:

Pediatria       Ginecologia       Clínico Geral       Enfermagem

Odontologia

Outras. Especificar \_\_\_\_\_

Número de pacientes atendidos em média, mensalmente:

\_\_\_\_\_ Infantil      \_\_\_\_\_ Adulto      \_\_\_\_\_ Idosos      \_\_\_\_\_ Especiais

Programas:

Asma       Hipertensão       Diabetes

Pré-natal       Fornecimento de Fraldas       Medicamentos gratuitos

Outros. Especificar \_\_\_\_\_

Número médio de atendimento mensal, nos programas:

Asma       Hipertensão       Diabetes

Pré-natal       Fornecimento de Fraldas       Medicamentos gratuitos

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

**PALÁCIO DOS TROPEIROS – 4º andar**

Av. Eng. Carlos Reinaldo Mendes, 3.041 – Alto da Boa Vista – CEP 18013-280 – Sorocaba – SP

Fone: (15) 3238.2177

**Quais espaços a unidade possui?**

- Entrada com identificação
  - Hall de entrada
  - Estacionamento
  - Secretaria
  - Sala da coordenação
  - Sala de conforto médico
  - Sala de Enfermagem
  - Sala de aplicação de vacina
  - Sala de espera
  - Sala de sutura
  - Sanitários – funcionários [por gênero]
  - cozinha funcionários/copa
  - Estoque insumos
  - Medicamentos para uso na unidade
  - Farmácia municipal
  - Farmácia terceirizada
  - Sala de repouso
  - Fraldário
  - Bebedouro
  - Sanitários – munícipes [por gênero]
  - Consultório médico
  - Consultório odontológico
  - Outro(s). **Especificar**
- 
- 

**Quais equipamentos a unidade possui?**

- armário
- mesa
- cadeira
- ventilador
- ar condicionado
- computador
- impressora
- notebook
- Tablet
- Maca
- Cama (leito)
- Raio X
- Aparelho de eletro
- Autoclave



**Cursos de Aperfeiçoamento/Capacitação – últimos 12 meses**

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADA**, informar providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?

**Intercorrências na frequência dos servidores**

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Obs.: Se **SIM**, especificar.

Absenteísmo Servidor (es):

Desídia Servidor (es):

Insubordinação Servidor (es):

Outro. *Especificar* Servidor (es):

Obs.: **ESPECIFICAR** providências e ações adotadas pela(s) chefia(s).

**Condições de Trabalho**

ADEQUADA  INADEQUADA  NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADA**, informar providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?

**Fornecimento/Usos de EPI's**

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **NÃO**, informar providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?

**Problemas na frequência de estagiários**

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **NÃO**, informar providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?

**Problemas na frequência de funcionários celetistas (médicos) ou outros, caso houver**

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **NÃO**, informar providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?

**ESTRUTURA FÍSICA**

O prédio é

PRÓPRIO

ALUGADO

*Obs.: Se **ALUGADO**, informar: há quanto tempo, valor pago, se há pretensão de aquisição/desapropriação.*

**Instalações Prediais**

ADEQUADA

INADEQUADA

NÃO SE APLICA

*Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADA**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?*

**Instalações Elétricas**

ADEQUADA

INADEQUADA

NÃO SE APLICA

*Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADA**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s).*

**Instalações Hidráulicas**

ADEQUADA

INADEQUADA

NÃO SE APLICA

*Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADA**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?*

**Manutenção Preventiva** – caixa d'água, telhado, paredes, piso, bebedouros, banheiros, calhas, grelhas etc.

ADEQUADA

INADEQUADA

NÃO SE APLICA

*Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADA**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?*

**Manutenção Corretiva**

ADEQUADA

INADEQUADA

NÃO SE APLICA

*Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADA**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?*

**Sistema De Segurança**

ADEQUADO

INADEQUADO

NÃO SE APLICA

*Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADO**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?*

**A UBS tem registro de furtos/depredação/vandalismo nos últimos 12 meses?**

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **SIM**, quais as providências e ações adotadas para adequação?

**Acessibilidade**

ADEQUADA  INADEQUADA  NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADA**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?

**Higienização**

ADEQUADA  INADEQUADA  NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADA**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?

**A UBS possui AVCB?**

SIM  NÃO

Obs.: Se **NÃO**, quais as providências e ações adotadas para adequação?

**A UBS possui extintores?**

SIM  NÃO

Obs.: Se **SIM**, quantos extintores? Se **NÃO**, quais as providências e ações adotadas para adequação?

**Os extintores estão dentro do prazo de validade?**

SIM  NÃO

Obs.: Informar prazo de validade. Se **EXPIRADA**, quais as providências e ações adotadas para adequação?

**A UBS ainda adota medidas sanitárias contra a COVID-19?**

SIM  NÃO

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas.

**A UBS adota medidas para prevenção/enfrentamento da dengue e outras arboviroses?**

SIM  NÃO

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas.

**EQUIPAMENTOS E MOBILIÁRIO****Inventário de Bens Patrimoniados**

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Obs.: **APRESENTAR**: relação. Se **NÃO**, justificar e especificar providências a ser adotadas.

**Inventário de Bens Doados**

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Obs.: **APRESENTAR**: relação. Se **NÃO**, justificar e especificar providências a ser adotadas.

**Condições de Uso**

ADEQUADA  INADEQUADA  NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **INADEQUADA**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?

**Falta de Equipamento**

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **SIM**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?

**Falta de Mobiliário**

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **SIM**, quais as providências e ações de melhoria adotadas pela(s) chefia(s)?

**Inservíveis – retirada/destinação**

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas.



**DESPESAS****Procedimentos Licitatórios** SIM NÃO NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR**: contratos cujas despesas corram à conta dos recursos alocados a sua respectiva Secretaria ou entidade da Administração Indireta, **ELABORAR PLANILHA**, contendo, necessariamente, o número do procedimento licitatório, aprovação da CGM para prosseguimento, objeto, valor da contratação, vigência, número de prorrogações, contratada e a identificação do fiscal (se comissão, relacionar membros).

**Contratação por Indenização** SIM NÃO NÃO SE APLICA

Obs.: Se **SIM**, **JUSTIFICAR** necessidade, bem como se há procedimento licitatório em curso, estimativa de regularização da situação. **ELABORAR PLANILHA**, contendo, necessariamente, o número do procedimento, objeto, valor da contratação, período, contratada e a identificação do fiscal.

**Notificações** SIM NÃO NÃO SE APLICA

Obs.: Se **SIM**, especificar e apresentar notificações dos últimos 06 meses. Se **NÃO**, apresentar breve relato da regularidade do(s) contrato(s).

**Processos Sancionadores** SIM NÃO NÃO SE APLICA

Obs.: Se **SIM**, especificar número do processo e breve relato do ocorrido.

**Despesas de pequeno valor e pronto pagamento – “Verbinha”** SIM NÃO NÃO SE APLICA

Obs.: Se **SIM**, apresentar contabilidade dos últimos 06 meses.

**Recursos Programa Assistência Médica Ambulatorial – AMA** SIM NÃO NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **SIM**, valor recebido nos últimos 06 meses.

**Recursos Programa Estratégia de Saúde da Família – ESF** SIM NÃO NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Se **SIM**, valor recebido nos últimos 06 meses.

**ATENDIMENTO AO PÚBLICO/PROTOCOLO/ARQUIVO/REGISTROS****Atendimento ao público**

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

*Obs.: Se SIM, especificar.*

**Sistema de Protocolo/Registro/Prontuário /Controle de Guias de Especialidade/Outros**

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

*Obs.: Se SIM, especificar mecanismos de controle utilizados.*

**Observância de Prazos**

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

*Se SIM, especificar.*

Judiciais

Administrativos

Ouvidoria Geral do Município

Outro

**ESPECIFICAR**

**Grau de Resolutividade**

SATISFATÓRIO  INSATISFATÓRIO  NÃO SE APLICA

*Obs.: JUSTIFICAR ambas as respostas.*

**Qual o critério para fornecimento de medicamentos?**

**Servidor(es) responsável(is) por acompanhar o controle e distribuição de insumos, controle de guias, controle de agendas, controle de distribuição de leite, fornecimento de fraldas e entrega de medicamentos gratuitos.**

**A Unidade dispõe de sistema informatizado para registro de informações?**

*Obs.: ESPECIFICAR as respostas.*

**MATERIAIS HOSPITALARES**

Os materiais hospitalares são entregues pela rede pública municipal?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

*Obs.: Se SIM, especificar os materiais fornecidos.*

A unidade possui material médico hospitalar/farmacêutico suficiente para utilização nos atendimentos?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

*Obs.: ESPECIFICAR ambas as respostas. Se NÃO, quais as providências e ações foram adotadas?*

Os materiais estão armazenados em local adequado?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

*Obs.: ESPECIFICAR ambas as respostas. Se NÃO, quais as providências e ações foram adotadas?*

Foram entregues materiais informativos/preventivos na unidade?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

*Obs.: ESPECIFICAR ambas as respostas.*

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

*Obs.: ESPECIFICAR ambas as respostas. Se NÃO, quais as providências e ações foram adotadas?*

**EQUIPAMENTOS DE INFORMÁTICA**

A unidade possui computadores/equipamentos para todos os servidores?

SIM

NÃO

NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas.

Qual o total de computadores disponíveis aos servidores? \_\_\_\_\_

Há computadores danificados ou não operacionais na unidade?

SIM

NÃO

NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Ainda, se **SIM**, quantos? \_\_\_\_\_. Quais as providências e ações foram adotadas?

Os computadores em funcionamento na unidade tem acesso à rede de internet (banda larga)?

SIM

NÃO

NÃO SE APLICA

Obs.: Se **SIM**, especificar os materiais fornecidos. Se **NÃO**, quais as providências e ações foram adotadas?

Os equipamentos mais caros [computadores, notebooks etc.] são guardados em salas seguras ou possuem mecanismos de proteção [cadeados, grades, travas, trancas etc.]

SIM

NÃO

NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas. Ainda, se **NÃO**, quais as providências e ações foram adotadas?

A Unidade dispõe de softwares?

SIM

NÃO

NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas.

**LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO**

**Limpeza e higienização** – existe empresa contratada para prestação de serviço de limpeza e conservação?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** a resposta.

**Limpeza e higienização** – há material de limpeza/sanitização para higienização ambiental/pessoal/utensílios/equipamentos? Atende ao padrão mínimo [qualidade]? Quantidade suficiente?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas.

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas.

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas.

**Limpeza e higienização** – é realizada a limpeza e higienização periódica das caixas d'água?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Obs.: **ESPECIFICAR** ambas as respostas.

**Limpeza e higienização** – há registro sobre a última limpeza e higienização das caixas d'água?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Última limpeza/higienização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável pela prestação do serviço:

**Limpeza e higienização** – a última desinsetização foi feita há menos de 06 (seis) meses?

SIM  NÃO  NÃO SE APLICA

Última desinsetização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável pela prestação do serviço:

**Limpeza e higienização** – a última desratização foi feita há menos de 06 (seis) meses?

SIM

NÃO

NÃO SE APLICA

Última desratização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável pela prestação do serviço:

**Limpeza e higienização** – comprovantes da prestação dos serviços de limpeza e higienização das caixas d'água, desinsetização e desratização estão fixados em local visível?

SIM

NÃO

NÃO SE APLICA

*Obs.: ESPECIFICAR ambas as respostas.*

#### CONSIDERAÇÕES RELEVANTES DA UNIDADE INSPECIONADA

Tecer considerações que entender pertinentes e que não tenha sido objeto de questionamento .

#### OUTROS APONTAMENTOS

Sorocaba, XX de setembro de 2022.

SECRETÁRIO DA SAÚDE

SUPERVISOR(A) DE SAÚDE

COORDENADOR(A) DA UNIDADE

**PALÁCIO DOS TROPEIROS** – 4º andar

Av. Eng. Carlos Reinaldo Mendes, 3.041 – Alto da Boa Vista – CEP 18013-280 – Sorocaba – SP

Fone: (15) 3238.2177