

PROGRAMA AGENTES COMUNITÁRIO DE SAÚDE (PACS)

MUNICÍPIO: _____

UNIDADE DE SAÚDE/ EQUIPE DO ACS: _____

TERMO DE VISTORIA – ENTREVISTA COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Nome do ACS: _____

Escolaridade do ACS: _____ **Tempo que reside no município:** _____

Regime de contratação: _____ **Vigência da contratação:** _____

Período em que o ACS executa suas atividades: _____

SEQÜENCIAL	PERGUNTA				
01	IDENTIFICAÇÃO DO CPF DO ACS ENTREVISTADO. CPF: _____				
02	PARTICIPOU DE CURSO INTRODUTÓRIO? _____	S	N	NA	IA
03	O CURSO FOI REALIZADO EM ATÉ 3 MESES A PARTIR DE SUA CONTRATAÇÃO NO PSF? <i>OBS.:</i> _____	S	N	NA	IA
04	VOCÊ PARTICIPOU DE ALGUM PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO CONTINUADA? _____	S	N	NA	IA
05	VOCÊ JÁ REALIZOU REUNIÕES/PALESTRAS COMUNITÁRIAS PARA ORIENTAÇÃO SOBRE OS CUIDADOS COM A SAÚDE E MEDIDAS SANITÁRIAS? _____	S	N	NA	IA
06	VOCÊ DISPÕE DE RECURSOS MATERIAIS/EQUIPAMENTOS/ INSUMOS NECESSÁRIOS À REALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES? <i>OBS.:</i> _____	S	N	NA	IA

Assinatura do ACS entrevistado: _____

Data de realização: ____/____/____

Equipe realizadora da fiscalização: _____