

## PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

UNIDADE DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

### TERMO DE VISTORIA – EQUIPE DO PSF

**01) AS EQUIPES DE SAUDE DA FAMILIA ESF ESTÃO IMPLANTADAS?**

SIM( ) NÃO( ) NÃO SE APLICA( ) IMPOSSIVEL AVALIAR( )

>> *CONSIDERA-SE NÃO IMPLANTADA QUALQUER ESF CUJOS MÉDICOS, ENFERMEIROS OU CIRURGIÕES-DENTISTAS NUNCA TENHAM INTEGRADO A ESF, ASSIM COMO AS ESF QUE FICAREM SEM ESSES PROFISSIONAIS POR MAIS DE 90 DIAS CONSECUTIVOS.*

**02) NO CASO DAS EQUIPES IMPLANTADAS, A COMPOSIÇÃO MÍNIMA ESTÁ SENDO OBEDECIDA?**

SIM( ) NÃO( ) NÃO SE APLICA( ) IMPOSSIVEL AVALIAR( )

>> *AS EQUIPES MÍNIMAS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO AS SEGUINTE:*

A) *EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: 01 MÉDICO, 01 ENFERMEIRO, ATÉ 12 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, 01 AUXILIAR OU TÉCNICO DE ENFERMAGEM;*

B) *EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM SAÚDE BUCAL MODALIDADE I: 01 MÉDICO, 01 ENFERMEIRO, AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (MÁX. 12), 01 AUXILIAR OU TÉCNICO DE ENFERMAGEM, 01 CIRURGIÃO-DENTISTA, 01 AUXILIAR DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO - ACD OU 01 TÉCNICO DE HIGIENE DENTAL - THD.*

---

---

**03) AS ESF SÃO RESPONSÁVEIS POR, NO MÁXIMO, 1.000 FAMÍLIAS OU 4.000 PESSOAS?**

SIM( ) NÃO( ) NÃO SE APLICA( ) IMPOSSIVEL AVALIAR( )

---

**04) CADA ACS É RESPONSÁVEL POR, NO MÁXIMO, 750 PESSOAS?**

SIM( ) NÃO( ) NÃO SE APLICA( ) IMPOSSIVEL AVALIAR( )

>> *REGISTRAR AS EQUIPES CUJOS ACS SEJAM RESPONSÁVEIS POR UM NÚMERO DE PESSOAS MAIOR QUE O PERMITIDO*

---

---

---

**05) OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE QUE INGRESSARAM NO PSF APÓS A EC Nº 51/06 FORAM CONTRATADOS MEDIANTE PROCESSO SELETIVO PÚBLICO?**

SIM( ) NÃO( ) NÃO SE APLICA( ) IMPOSSIVEL AVALIAR( )

---

**06) COMO SE DEU A CONTRATAÇÃO DOS DEMAIS PROFISSIONAIS DO PSF - EXCETO AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE?**

- ( ) CONTRATO DE GESTÃO COM ORGANIZAÇÃO SOCIAL - OS.
- ( ) TERMO DE PARCERIA COM ORGANIZAÇÃO SOCIAL CIVIL DE INTERESSE PÚBLICO - OSCIP.
- ( ) CONTRATAÇÃO DIRETA.
- ( ) INEXISTE CONTRATO.
- ( ) CEDIDO.
- ( ) OUTROS.
- ( ) NÃO SE APLICA. UTILIZAR ESTA OPÇÃO QUANDO NÃO HOUVER EQUIPE IMPLANTADA.

**SE FOR O CASO, IDENTIFICAR A ENTIDADE CONTRATADA. (NOME E CNPJ)**

---

---

**07) O INSTRUMENTO DE CONTRATAÇÃO DO MÉDICO DO PSF PREVÊ CARGA HORÁRIA SEMANAL INFERIOR A 40H?**

SIM( ) NÃO( ) NÃO SE APLICA( ) IMPOSSIVEL AVALIAR( )

---

**08) - O INSTRUMENTO DE CONTRATAÇÃO DO ENFERMEIRO DO PSF PREVÊ CARGA HORÁRIA SEMANAL INFERIOR A 40H?**

SIM( ) NÃO( ) NÃO SE APLICA( ) IMPOSSIVEL AVALIAR( )

---

**09) O INSTRUMENTO DE CONTRATAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA DO PSF PREVÊ CARGA HORÁRIA SEMANAL INFERIOR A 40H?**

SIM( ) NÃO( ) NÃO SE APLICA( ) IMPOSSIVEL AVALIAR( )