

## ROTEIRO DA VISITA – CONSTRUÇÃO DE UBS

Instruções para o preenchimento:

1. É obrigatório o preenchimento de todos os campos, exceto aqueles que dependem de questões anteriores.
2. É permitido marcar somente uma opção como resposta.

Data da visita: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2014

### DADOS DO RESPONSÁVEL PELA VISITA

|                             |
|-----------------------------|
| <b>Nome completo:</b> _____ |
| <b>Cargo/Função:</b> _____  |

### DADOS GERAIS DA OBRA

|   |
|---|
| <b>Estado:</b> _____  |
| <b>Município:</b> _____   |
| <b>Nº da proposta da obra visitada:</b> _____                               |
| <b>1. O endereço da obra confere com o endereço da proposta?</b>            |
| (    ) Sim  |
| (    ) Não  |
| <b>Se não,</b>  |
| Informe o endereço da obra: _____   |
| _____   |
| <b>2. O município possui o documento comprobatório da posse do terreno?</b> |
| (    ) Sim  |
| (    ) Não  |
| <b>3. Situação da obra:</b>   |
| (    ) Em ação preparatória (não iniciada)                                  |
| (    ) Em execução  |
| (    ) Concluída  |

### OBRA EM AÇÃO PREPARATÓRIA (NÃO INICIADA)

|   |
|---|
| <b>1. Qual a situação do projeto arquitetônico? Se estiver utilizando o projeto padrão, considerar concluído.</b> |
| (    ) Não iniciado   |
| (    ) Em andamento   |
| (    ) Concluído  |

**Continuação - obra em Ação Preparatória (não iniciada)**

***Se projeto não iniciado,***

**2. O processo licitatório para elaboração do Projeto foi iniciado?**

( ) Sim

( ) Não

**3. Qual o tipo de Projeto será utilizado?**

( ) Projeto padrão do MS

( ) Projeto próprio da prefeitura

( ) Projeto contratado

**4. A obra será realizada por Execução Direta (executada pelo município)?**

( ) Sim

( ) Não

***Se projeto concluído e obra não realizada por execução direta,***

**5. Qual a situação da licitação da obra?**

( ) Não iniciada

( ) Em elaboração do edital

( ) Edital publicado

( ) Licitação concluída

( ) Licitação deserta

**6. Qual a modalidade de licitação da obra?**

( ) Tomada de Preço

( ) Concorrência

( ) Regime Diferenciado de Contratação - RDC

***Se licitação concluída,***

**7. Qual a situação da contratação da empresa que irá executar a obra?**

( ) Em andamento

( ) Concluída

**8. Qual a data prevista pra início da obra? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_**

**9. Quando a UBS for construída, ela substituirá uma UBS já existente no município?**

( ) Sim

( ) Não

## OBRA EM EXECUÇÃO

### 1. A obra física foi iniciada?

( ) Sim

( ) Não

### 2. A obra tem ordem de serviço?

( ) Sim

( ) Não

### 3. A obra se encontra paralisada?

( ) Sim

( ) Não

*Se sim,*

### 4. Informe o motivo da paralisação:

( ) Problema no terreno ( ) Embargo judicial da obra ( ) Abandono/ falência da empresa contratada

( ) Excesso de chuva ( ) falta de recurso financeiro ( ) Problemas no planejamento

( ) Outro

*Se outro, especifique quais são os motivos da paralisação:*

---

---

---

### 5. Existe placa da obra?

( ) Sim

( ) Não

*Se sim, explicar ao gestor que durante o período eleitoral poderá ser mantidas as placas indicativas de obras, desde que excluídos nomes de autoridades, slogans, logomarcas e outros elementos identificadores da administração atual.*

### 6. Existe a marca do governo federal na placa da obra?

( ) Sim

( ) Não

### 7. Existe a marca do SUS na placa da obra?

( ) Sim

( ) Não

### 8. Existe valor da obra na placa?

( ) Sim

( ) Não

## OBRA EM EXECUÇÃO

**9. Qual o percentual de execução da obra informado pelo responsável técnico pela obra?**

( ) > 0% e < 20%

( ) > 20% e < 40%

( ) > 40% e < 60%

( ) > 60% e < 80%

( ) > 80% e < 100%

**10. Qual a situação da obra, considerando o cronograma inicial de execução?**

( ) Atrasada

( ) Em dia

( ) Paralisada

**11. A obra está sendo realizada por execução direta?**

( ) Sim

( ) Não

**12. Qual a previsão de conclusão da obra? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_**

**13. Quando a UBS for construída, ela substituirá uma UBS já existente no município?**

( ) Sim

( ) Não

## OBRA CONCLUÍDA

**1. A obra física foi concluída?**

( ) Sim

( ) Não

**2. A obra tem termo de recebimento (atestado de conclusão)?**

( ) Sim

( ) Não

**3. A UBS encontra-se em funcionamento?**

( ) Sim

( ) Não

Se sim,

**4. Qual foi a data de início de funcionamento? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_**

**5. Tem registro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES?**

( ) Sim

( ) Não

**OBRA CONCLUÍDA (continuação)**

**Se sim,**

**6. Qual o número do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES? \_\_\_\_\_**

**Se não estiver em funcionamento,**

**7. Qual a data prevista para entrar em funcionamento? \_\_\_\_\_**

**8. Qual o motivo do não funcionamento?**

( ) Dificuldade de contratação de equipe

( ) Aguardando parecer da Vigilância Sanitária

( ) Dificuldade de aquisição de equipamento/mobiliário

**9. A UBS construída substituirá alguma UBS já existente no município?**

( ) Sim

( ) Não

**10. A obra foi realizada por execução direta?**

( ) Sim

( ) Não

**Caso a UBS construída esteja em funcionamento, verificar os ambientes existentes.**

**AMBIENTES EXISTENTES NA UBS**

**1. Sala de recepção e espera**

( ) Sim

( ) Não

**Se sim,**

Especifique o número de lugares disponíveis para pacientes: \_\_\_\_\_

**2. Sanitário para o público**

( ) Sim

( ) Não

**3. Sanitário para pessoa com deficiência**

( ) Sim

( ) Não

**4. Sala de acolhimento multiprofissional**

( ) Sim

( ) Não

**AMBIENTES EXISTENTES NA UBS (continuação)**

**5. Sala de vacina**

( ) Sim

( ) Não

**6. Farmácia**

( ) Sim

( ) Não

**7. Consultório sem sanitário anexo**

( ) Sim

( ) Não

*Se sim, quantos?* \_\_\_\_\_

**8. Consultório com sanitário anexo**

( ) Sim

( ) Não

*Se sim, quantos?* \_\_\_\_\_

**9. Consultório odontológico**

( ) Sim

( ) Não

**10. Sala de inalação coletiva**

( ) Sim

( ) Não

**11. Sala de procedimentos**

( ) Sim

( ) Não

**12. Sala de coleta**

( ) Sim

( ) Não

**13. Sala de curativos**

( ) Sim

( ) Não

**14. Sala de observação (curta duração)**

( ) Sim

( ) Não

**15. Banheiro da sala de observação**

( ) Sim

( ) Não

**AMBIENTES EXISTENTES NA UBS (Continuação)**

**16. Expurgo**

( ) Sim

( ) Não

**17. Sala de esterilização/estocagem de material esterilizado**

( ) Sim

( ) Não

**18. Sala de administração e gerência**

( ) Sim

( ) Não

**19. Sala de atividades coletivas/reunião**

( ) Sim

( ) Não

**20. Sala de agentes (Agente Comunitário de Saúde/Agente de Combate às Endemias)**

( ) Sim

( ) Não

**21. Almojarifado**

( ) Sim

( ) Não

**22. Copa**

( ) Sim

( ) Não

**23. Banheiro para funcionários**

( ) Sim

( ) Não

**24. Depósito de material de limpeza (DML)**

( ) Sim

( ) Não

**25. Abrigo externo de resíduos biológicos e comuns**

( ) Sim

( ) Não

