

VERIFICADOR INDEPENDENTE – COMPLEXO PENAL				Data da Emissão:	26/09/2012
				Código:	FV PAD
FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO				Revisão:	Emissão inicial
Mecanismo:	PAD	Elaborado por:		Data da Revisão:	-
Unidade Penal:	<Número da Unidade>	Aprovado por:		Página:	1 de 2

Objetivo: Avaliação complementar do desempenho da Concessionária, particularmente em relação a aspectos qualitativos.



Planos Verificados	Conceito			
Nota anual referente à segurança e monitoramento interno (NASM)	NAT	AT	ATS	ATX
Nota anual referente à assistência social (NASS)	NAT	AT	ATS	ATX
Nota anual referente à assistência educacional (NAAE)	NAT	AT	ATS	ATX
Nota anual referente às atividades desportivo-recreativas e artístico-culturais (NAAD)	NAT	AT	ATS	ATX
Nota anual referente à manutenção da infra-estrutura (NAMI)	NAT	AT	ATS	ATX

Nota anual referente à assistência à saúde (NAAS)

Conceito do Plano Anual de Assistência à Saúde: _____

Avaliação das Metas Básicas de Saúde

Nota	Sigla	Conceito	
		NATG	ATG
Controle de Tuberculose 1	CT1		
Controle de Tuberculose 2	CT2		
Controle de Tuberculose 3	CT3		
Controle de Hipertensão e Diabetes	HD		
Dermatologia Sanitária - hanseníase 1	DSH1		
Dermatologia Sanitária - hanseníase 2	DSH2		
Dermatologia Sanitária - hanseníase 3	DSH3		
Dermatologia Sanitária - hanseníase 4	DSH4		
Dermatologia Sanitária - hanseníase 6	DSH6		
Doenças Sexualmetne Transmissíveis 1	DST1		
Doenças Sexualmetne Transmissíveis 2	DST2		
Doenças Sexualmetne Transmissíveis 3	DST3		
Saúde Mental	SM		
Exames Laborais	EL		

VERIFICADOR INDEPENDENTE – COMPLEXO PENAL		Data da Emissão:	26/09/2012
		Código:	FV PAD
FORMULÁRIO DE VERIFICAÇÃO		Revisão:	Emissão inicial
Mecanismo:	PAD	Elaborado por:	
Unidade Penal:	<Número da Unidade>	Aprovado por:	
		Data da Revisão:	-
		Página:	2 de 2

Nota	Sigla	Conceito			
		NATG	ATG	ATGD	ATGE
Dermatologia Sanitária - hanseníase 5	DSH5				
Saúde Bucal 1	SB1				
Saúde Bucal 2	SB2				
Protocolo Mínimo	PM				
Aquisição e Controle de Medicamentos	ACMED				
Orientação de Familiares	OF				
Plano de Capacitação da Equipe de Saúde	PCES				

Nota anual referente à assistência material (NAAM)

Conceito de CAM1: _____

Conceito de CAM2: _____

Nota anual referente à assistência ao trabalho (NAAT)

Conceito do Plano Anual de Assistência ao Trabalho: _____

Quadro de Avaliação do Trabalho Oferecido ao Sentenciado

QDCTS	Sigla	Conceito					
		INX	INS	SUF	EXP	RLV	MTAL
Capacitação	a. Comportamental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Manual/Motora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c. Intelectual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conhecimento	d. Geral Inespecífico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e. Específico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f. Técnico-Científico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posicionamento Referente ao Mercado de Trabalho	g. Autonomia Econômica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	h. Diferenciação profissional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<<Nota facultativa a ser estipulada pela SEDS>>

<<critério de avaliação>>

<<Nota facultativa a ser estipulada pela SEDS>>

<<critério de avaliação>>

Anotações:

Nome do VI:

Data: ____/____/____

Assinatura do VI: