

PS008_A - CHECKLIST DE INFORMAÇÃO AFIXADA AOS UTENTES# IMP-PS008-06 -
CHECKLIST DE INFORMAÇÃOAR

Procedimento associado: PS-008 - Gestão da Documentação

Data da verificação: ____ / ____ / ____

Verificação realizada por: _____

1. LOCAIS VERIFICADOS

- Entrada da unidade
- Secretaria / balcão administrativo
- Sala de espera
- Gabinetes clínicos
- Placares informativos
- Website / página institucional, se aplicável
- Outro: _____

2. INFORMAÇÃO OBRIGATÓRIA OU RECOMENDADA

Informação / documento	Existe?	Está visível?	Está datado?	Está atualizado?	Local onde está afixado/di sponível	Ação necessária
Horário de funcionamento	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não		
Contactos da USF	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não		
Carteira de serviços	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não		
Direitos e deveres dos utentes	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não		
Informação sobre livro de reclamações	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não		
Informação sobre sugestões, elogios e reclamações	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não		
Informação ERS aplicável	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não		
Procedimentos em situação de emergência	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não		
Informação sobre proteção de dados	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não		
Circuitos de atendimento	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não		
Informação sobre ausências/alterações temporárias	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não	Sim / Não		
Tabela de preços/taxas ou indicação aplicável	Sim / Não / N.A.	Sim / Não / N.A.	Sim / Não / N.A.	Sim / Não / N.A.		

3. DOCUMENTOS REMOVIDOS

Documento removido	Motivo da remoção	Data	Responsável
	Desatualizado / Duplicado / Sem data / Danificado / Outro	___ / ___ / ____	

4. NÃO CONFORMIDADES IDENTIFICADAS

N.º	Não conformidade	Local	Ação corretiva	Responsável	Prazo
					___ / ___ / ____
					___ / ___ / ____
					___ / ___ / ____
					___ / ___ / ____
					___ / ___ / ____

5. CONCLUSÃO

- Informação afixada conforme
- Informação afixada parcialmente conforme
- Informação afixada não conforme
- Necessária nova verificação

Observações:

Assinaturas:

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ___ / ___ / ____