

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO TÉCNICA

1. DADOS GERAIS

- 1.1. Nome do Estabelecimento: Uniprótese
- 1.2. Responsável pelo Estabelecimento: Elielson Araújo Fraga
- 1.3. Endereço: Povoado Imbé, 161
- 1.4. Telefone: (79) 99870-5206
- 1.5. E-mail: elielsonprotesedentaria@hotmail.com
- 1.6. Registro no CRO: (x) Sim () Não. Caso afirmativo nº: SE-LB-20
- 1.7. Licença de Funcionamento (alvará) nº: 130640021625
- 1.8. Horário de Funcionamento: 08:00h- 17:00h
- 1.9. Proposta de Credenciamento: (x) PT (X) PPR

Data da Visita: 18/06/2021

2. CAPACIDADE FÍSICA INSTALADA

- 2.1. Local tranquilo e bem iluminado, com sistema de exaustão (área com boa circulação quando do uso de metais tóxicos e fumaça): () Sim (x) Não OBS: Apenas local tranquilo
- 2.2. Bancada de trabalho com ponto de energia elétrica e gavetas: (x) Sim () Não
- 2.3. Pia com cuba: (x) Sim () Não
- 2.4. Laboratório com ponto de gás e de ar comprimido: () Sim (x) Não
- 2.5. Principais equipamentos necessários:
- 2.5.1. Vibrador de gesso: (x) Sim () Não
- 2.5.2. Bico de Bunsen: (x) Sim () Não
- 2.5.3. Prensa (rosca ou hidráulica): (x) Sim () Não
- 2.5.4. Motor de polimento: (x) Sim () Não
- 2.5.5. Polidora química: () Sim (x) Não
- 2.5.6. Jato de areia: () Sim (x) Não
- 2.5.7. Muflas: (x) Sim () Não
- 2.5.8. Polimerizadora: (x) Sim () Não
- 2.5.9. Recortador de gesso: () Sim (x) Não
- 2.5.10. Forno de fundição: () Sim (x) Não

Recebido em 21/06/2021
Prefeitura Mun. de Jamar do Geri
Tiago Silva Souza
Pregoeiro
Portaria GPO9/2021

- 2.5.11. Delineador: (x) Sim () Não
- 2.5.12. Forno elétrico: (baixa fusão) ou micro-ondas: () Sim (x) Não
- 2.5.13. Motores de bancada: (x) Sim () Não
- 2.5.14. Cilindro de oxigênio: () Sim (x) Não
- 2.5.15. Matéria-prima apresenta-se com rótulo de identificação (fornecedor/validade val/especificação do material): (x) Sim () Não
- 2.6. Principais materiais de consumo necessários:
- 2.6.1. Resinas acrílicas auto e termopolimerizáveis (pó e líquido): (x) Sim () Não
- 2.6.2. Ligas metálicas: () Sim (x) Não
- 2.6.3. Gesso comum, especial e pedra: (x) Sim () Não
- 2.6.4. Revestimentos: () Sim (x) Não
- 2.6.5. Silicato de etila: () Sim (x) Não
- 2.6.6. Acetileno: () Sim (x) Não
- 2.6.7. Ácido clorídrico: () Sim (x) Não
- 2.6.8. Óxido de alumínio: () Sim (x) Não
- 2.6.9. Abrasivos: (borrachas, pedras, feltros): (x) Sim () Não
- 2.6.10. Ceras: (x) Sim () Não
- 2.6.11. Potes grandes para resinas: (x) Sim () Não
- 2.6.12. Dentes em resina acrílica (de estoque): (x) Sim () Não
- 2.6.13. Pinceis: (x) Sim () Não
- 2.6.14. Vaselina: (x) Sim () Não

3. CAPACIDADE PRODUTIVA

- 3.1. Nº de pessoas vinculadas na atividade produtiva: Apenas um (proprietário)
- 3.2. Todas possuem vínculo empregatício? Não se aplica
- 3.3. Quantas com formação na área de prótese? Apenas um (proprietário)
- 3.4. Nº de prótese produzidas por mês: Em média 80 próteses
- 3.5. Tem menor no estabelecimento: () Sim (x) Não
- 3.6. Utilizam Equipamentos de Proteção Individual: (x) Sim () Não
- 3.7. Possui documento atualizado de auto de vistoria do corpo de bombeiros: Não se aplica
- 3.8. Comprovante de dedetização atualizado: (x) Sim () Não

4. GESTÃO AMBIENTAL

4.1. A empresa utiliza de descarte adequado? () Sim () Não (x) Não se aplica

4.2. A empresa dispõe de serviços contratados para processamento dos resíduos produzidos:
Não se aplica.

Complementação das informações: Não se aplica

LISTA DE PROFISSIONAIS	ÁREA DE ATUAÇÃO	CARGA HORÁRIA DE ATUAÇÃO
XXXXXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX

Informações Adicionais:

As experiências relatadas deverão ser devidamente comprovadas, disponibilizando cópias no momento da visita.

Necessitam de adequações? () Sim (x) Não

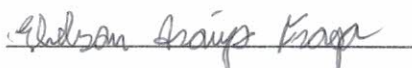
Quais?

A Empresa está apta a formalizar Termo de Credenciamento? (x) Sim () Não () Só após as adequações.

Assinatura do responsável técnico pelas informações:



Ciente,



Responsável pela Empresa



Responsável Tec. do Fundo M. de Saúde