RESOLUÇÃO N° 06/CMDPI/2026

Revoga a Resolução n° 22/2024 que dispõe sobre o registro de entidades governamentais e não governamentais, com ou sem fins lucrativos, e inscrição de seus Programas, Projetos e Serviços junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Tubarão e estabelece critérios para fiscalização das entidades cadastradas.

O Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Tubarão, no uso de suas atribuições legais, conferidas pela Lei Municipal n.° 5.617 de 21 de dezembro de 2021;

CONSIDERANDO o advento da Lei Federal n.° 10.741, de 1º de Outubro de 2003 – ESTATUTO DA PESSOA IDOSA, em seus artigos 35, 48, 49 e 50, no Título IV, Capítulo II, e ainda, o disposto na referida Lei quanto à fiscalização das Entidades Governamentais e Não Governamentais, com ou sem fins lucrativos, de atendimento à Pessoa Idosa;

CONSIDERANDO que a Lei Federal n° 10.741/03 (Estatuto da Pessoa Idosa), dispõe em seu artigo 52, que as Entidades Governamentais e Não Governamentais de atendimento a pessoa idosa, situadas no município de Tubarão ficam sujeitas à fiscalização pelo Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Tubarão, Ministério Público e Vigilância Sanitária;

CONSIDERANDO, ainda, que compete ao Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Tubarão participar da coordenação das ações integradas setoriais das políticas públicas voltadas à pessoa idosa do município de Tubarão, bem como avaliar e deliberar quanto à política e às ações de atendimento a pessoa idosa no âmbito do município de Tubarão;

RESOLVE:

Artigo 1º. A concessão de registro para as Entidades Governamentais e Não Governamentais, com ou sem fins lucrativos, e Inscrição de seus respectivos programas, projetos e serviços de acordo com o que preceitua a legislação supracitada, obedecerá ao disposto na presente na Resolução Normativa.

Parágrafo único – O registro a ser concedido pelo Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa terá prazo com validade de 2 (dois) anos, sendo obrigatória a atualização anual dos documentos com data de validade, como alvarás e licenças, assim como alterações estatutárias e da diretoria, até 30 de março de cada exercício, de acordo com o estabelecido na presente resolução, conforme o artigo 10, cabendo a suspensão por até 30 dias, após será cancelada a inscrição junto ao conselho no caso de não regularização dos documentos.

Artigo 2°. Somente deverão requerer o Registro e Inscrever seus programas no Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, as Entidades Governamentais e Não Governamentais, com ou sem fins lucrativos, que atuem no atendimento e defesa dos direitos da pessoa idosa, apresentando seus respectivos programas de atuação de acordo com o disposto nos artigos 35, 48, 49 e 50 do Estatuto da Pessoa Idosa – Lei n.° 10.741/2003.

Artigo 3º. Para a concessão do Registro às entidades, e Inscrição dos programas e serviços de atendimento à pessoa idosa, devem ser observados os seguintes requisitos, consoante disposto nos artigos 35 e 48 do Estatuto da Pessoa Idosa:

I. Oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança, em conformidade com as Resoluções da Diretoria Colegiada – RDC n. 283 (de 26 de setembro de 2005) e 94 (de 31 de dezembro de 2007) da ANVISA **(Observação: se refere SOMENTE a Instituições de longa permanência);**

II. Apresentar objetivos estatutários e plano de trabalho compatíveis com os princípios estabelecidos no Estatuto da Pessoa Idosa, descritos nos artigos 1º ao 42, e ainda, com a Política Municipal da Pessoa Idosa (Lei Municipal n.° 5.617 de 21 de dezembro de 2021);
III. Estar regularmente constituída conforme o artigo 6°;
IV. Demonstrar a idoneidade de seus dirigentes.

§1°. Os dirigentes deverão apresentar Declaração de Antecedentes Criminais emitidos pelos órgãos Federais, Estaduais e Municipal.

§2º. Os dirigentes deverão apresentar Certidões Negativas, de âmbito Estadual, Federal, Cível e Criminal das Entidades.

§ 3°. As Entidades Não Governamentais, sem fins lucrativos, devem ainda observar as disposições estabelecidas pelo Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS de Tubarão.

Artigo 4°. As Entidades que desenvolvam programas de institucionalização de longa permanência adotarão os seguintes princípios, conforme disposto no artigo 49, do Estatuto da Pessoa Idosa:

I. Preservação dos vínculos familiares;
II. Atendimento personalizado e em pequenos grupos;
III. Manutenção da pessoa idosa na mesma instituição, salvo em caso de força maior;
IV. Participação da pessoa idosa nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo;
V. Observância dos direitos e garantias da pessoa idosa;
VI. Preservação da identidade da pessoa idosa e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade, em conformidade com as Resoluções da Diretoria Colegiada – RDC ns. 283 (de 26 de setembro de 2005) e 94 (de 31 de dezembro de 2007) da ANVISA.

Parágrafo único – O dirigente de Entidade prestadora de atendimento à pessoa idosa

responderá civil e criminalmente pelos atos que praticar em detrimento da pessoa idosa, sem prejuízo das sanções administrativas.

Artigo 5º. Constituem obrigações das Entidades de atendimento, conforme disposto no artigo 50 do Estatuto da pessoa idosa:

I. Celebrar contrato escrito de prestação de serviço com a pessoa idosa, especificando o tipo de atendimento, as obrigações da Entidade e prestações decorrentes do contrato, com os respectivos preços, se for o caso;
II. Observar os direitos e garantias da pessoa idosa;
III. Fornecer vestuário adequado se for pública, e alimentação suficiente;
IV. Oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade;
V. Oferecer atendimento personalizado;
VI. Diligenciar no sentido de preservação dos vínculos familiares;
VII. Oferecer acomodações apropriadas para recebimento de visitas;
VIII. Proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade da pessoa idosa;
IX. Promover atividades físicas, psicoeducacionais, esportivas, de habilidades cognitivas, culturais, de lazer e ocupacionais;
X. Propiciar assistência religiosa àqueles que desejarem, de acordo com suas crenças;
XI. Propiciar atendimento médico;
XII. Oferecer alimentação adequada a cada caso clínico;
XIII. Proceder ao estudo social e pessoal de cada caso;
XIV. Comunicar à autoridade competente de toda ocorrência que envolva pessoa idosa portadora de doenças infectocontagiosas;
XV. Providenciar ou solicitar que o Ministério Público requisite os documentos necessários ao exercício da cidadania àqueles que não os tiverem, na forma da lei;
XVI. Fornecer comprovante de depósito de bens móveis que receberem das pessoas idosas;
XVII. Manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome da pessoa idosa, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições, e suas alterações, se houver, e

demais dados que possibilitem sua identificação e a individualização do atendimento;

XVIII. Comunicar ao Ministério Público, para as providências cabíveis, a situação de abandono moral ou material por parte dos familiares;

XIX. Manter no quadro de pessoal, profissionais com formação específica.

Artigo 6°. Para solicitar o pedido de Registro e Inscrição de seus programas, projetos e serviços no Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, a Entidade deverá encaminhar os seguintes documentos:

A) ENTIDADES NÃO GOVERNAMENTAIS, SEM FINS LUCRATIVOS (Para Instituições de Longa Permanência):

I. Requerimento de Registro fornecido pelo Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, conforme **Anexo I (Requerimento de Inscrição de Entidade)** devidamente preenchido, datado e assinado pelo Representante Legal da Entidade;

II. Cópia do alvará de funcionamento, devidamente atualizado;

III. Cópia do documento de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, devidamente atualizado;

IV. Alvará Sanitário, expedido pela Secretaria Municipal de Saúde do Município, devidamente atualizado;

V. Laudo de Vistoria do Corpo de Bombeiros, atestando as condições das instalações oferecidas;

Formulário de Registro que disponibiliza as informações sobre a Entidade, fornecido pelo CMI, consoante **Anexo II (Formulário de Registro de Entidade)**, devidamente preenchido, datado e assinado pelo Representante Legal da Entidade, que deverá rubricar todas as folhas;

VI. Cópia do comprovante de Inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social de Tubarão, quando houver; Apresentação de modelo do contrato de prestação de serviço com a pessoa idosa, em conformidade com o que preceitua o Estatuto da Pessoa Idosa, em seu artigo 50, I;

VII. Plano de Trabalho anual, com os respectivos programas/projetos/serviços de atendimento, conforme os Anexos **III (Formulário de Inscrição de Programas) e IV (Orientações para elaboração de Plano de Trabalho)**;

VIII. Cópia da Ata de Eleição e Posse da atual Diretoria, e qualificação da Diretoria devidamente registrada em Cartório;

IX. Cópia do Estatuto Social atualizado, devidamente registrado em Cartório;

X. Relação da capacidade máxima que a entidade comporta, bem como a capacidade que está sendo utilizada;

XI. Relatório estatístico com o número de atendimentos mensais e idade predominante dos acolhidos;

XII. Declaração apresentada pela Entidade demonstrando o percentual contratado com a pessoa idosa, para utilização no custeio da Entidade;

XIII. Relatório de Atividades e Avaliação do exercício anterior, conforme modelo previsto no Anexo **V (Relatório de Atividades)**, devidamente assinado pelo Técnico e pelo Representante Legal da Entidade;

XIV. Cópia RG e CPF do responsável pela Instituição.

B) ENTIDADES NÃO GOVERNAMENTAIS, COM FINS LUCRATIVOS: (Para Instituições de Longa Permanência):

I. Requerimento de Registro fornecido pelo Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, conforme **Anexo I (Requerimento de Inscrição de Entidade)**, devidamente preenchido, datado e assinado pelo Representante da Entidade;

II. Cópia do alvará de funcionamento, devidamente atualizado;

III. Cópia do documento de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, devidamente atualizado;

IV. Alvará da Vigilância Sanitária, expedido pela Secretaria Municipal de Saúde do Município, devidamente atualizado;

V. Laudo de Vistoria do Corpo de Bombeiros, atestando as condições das instalações oferecidas;

VI. Formulário de Registro que disponibiliza as informações sobe a Entidade, fornecido pelo CMDPI, consoante o **Anexo II (Formulário de Registro de Entidade)**,

devidamente preenchido, datado e assinado pelo Representante Legal da Entidade, que deverá rubricar todas as folhas;

VII. Apresentação de modelo do contrato de prestação de serviço com a pessoa idosa, conformidade com o que preceitua o Estatuto da Pessoa Idosa, em seu artigo 50, I; Plano de Trabalho anual, com os respectivos programas/serviços/projetos de atendimento, conforme os **Anexos III (Formulário de Inscrição de Programas) e IV (Orientações pela elaboração de Plano de Trabalho);**

VIII. Cópia do Contrato Social atualizado, devidamente registrado em Cartório ou na Junta Comercial; Relação da capacidade máxima que a entidade comporta, bem como a capacidade que está sendo utilizada;

IX. Relatório estatístico com o número de atendimentos mensais e idade predominante dos acolhidos;

X. Declaração da entidade do percentual estabelecido com a pessoa idosa para o custeio da entidade, caso não haja contrato;

XI. Relatório de Atividades e Avaliações do exercício anterior, quando houver, de acordo com o **Anexo V (Relatório de Atividades)**, devidamente assinado pelo Técnico e pelo Representante Legal da Entidade;

XII. Cópia do RG e CPF do responsável pela instituição.

C) ENTIDADES GOVERNAMENTAIS (PROJETOS, PROGRAMAS E SERVIÇOS DE ATENDIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BÁSICAS DE ATENÇÃO A PESSOA IDOSA):

I. Requerimento de Registro fornecido pelo Conselho Municipal da Pessoa Idosa, conforme **Anexo I (Requerimento de Inscrição de Entidade)**, devidamente preenchido, datado e assinado pelo Representante Legal da Entidade;

II. Alvará da Vigilância Sanitária, expedido pela Secretaria Municipal de Saúde do Município, devidamente atualizado;

III. Laudo do Corpo de Bombeiros, atestando as condições das instalações oferecidas;

IV. Plano de Trabalho anual, com os respectivos programas de atendimento, conforme os **Anexos III (Formulário de Inscrição de Programas) e IV (Orientações para elaboração de Plano de Trabalho);**

V. Relatório de atividades e Avaliação do exercício anterior, conforme **Anexo V (Relatório de Atividades),** devidamente assinado pelo Técnico e pelo Representante Legal da Entidade;

VI. Relatório estatístico com o número de atendimentos mensais e idade predominante dos acolhidos;

D) ENTIDADES NÃO GOVERNAMENTAIS (PROJETOS, PROGRAMAS E SERVIÇOS DE ATENDIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BÁSICAS DE ATENÇÃO A PESSOA IDOSA):

I. Requerimento solicitando renovação da Inscrição dos serviços e programas de atendimento (Anexo I);

II. Cópia das alterações estatutárias dos últimos (dois) anos, com registro em Cartório (não governamental);

III. Cópia da ata da eleição da atual diretoria, com registro em cartório, caso haja alterações (não governamental);

IV. Plano de trabalho do (s) serviço(s), programa(s) de atendimento, contendo, inclusive a relação de funcionários efetivos, celetistas e demais envolvidos nos programas, inclusive voluntários (Anexo IV);

V. Comprovante de que a sede da entidade e o local onde são desenvolvidos os serviços e programas oferecem instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança (Alvará Sanitário e Atestado de Funcionamento do Corpo de Bombeiros);

VI. Balanço patrimonial e demonstrações do resultado do último exercício (não governamental);

VII. Relatório de ações dos últimos ano (Anexo VI);

VIII. Cópia da Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ (não governamental).

Artigo 7º. Os pedidos de Registro e Inscrição deverão ser direcionados ao Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, e apresentados diretamente na Secretaria do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, situada na Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, endereço: Rua São Manoel, 140 Centro, Tubarão – SC, CEP 88701-120.

I. Até o dia 30 de novembro, excepcionalmente no ano vigente;
II. Até o último dia útil do mês de março, a partir do ano seguinte.

Parágrafo único – Não será recebida documentação incompleta, em hipótese alguma, objetivando agilidade na análise, emissão de parecer e conclusão do processo, para a concessão do Registro e Inscrição dos programas, conforme o que preceitua a Lei.

Artigo 8°. A Entidade Governamental ou Não Governamental poderá solicitar vistas do processo, por meio de ofício dirigido ao Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, que no prazo de 30 dias úteis enviará a resposta à requerente.

Artigo 9º. Para a manutenção do Certificado, as Entidades Não Governamentais, com ou sem fins lucrativos, e os projetos, programas e serviços Governamentais, deverão cumprir as seguintes formalidades:

I. Sempre que ocorrer qualquer alteração na programação, nas atividades, nos compromissos sociais da Entidade, bem como na razão social, endereço, telefones, composição da Diretoria Executiva, Representante Legal da Entidade, ou ainda, de Proprietário, ou quaisquer outras alterações relevantes, essa deverá comunicar ao Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, por meio de ofício, endereçado ao Presidente do órgão, imediatamente após a alteração ocorrida;
II. Apresentar outras informações e/ou documentos, quando solicitados pelo Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa;
III. Atender criteriosamente, o estabelecido no artigo 1º, parágrafo único, da presente Resolução Normativa.

Artigo 10. O Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa efetuará visitas quando da solicitação de registro e regulares (sem aviso prévio) após a aprovação às Entidades Governamentais e Não Governamentais, e verificará a execução dos projetos, programas e serviços da área Governamental e Não Governamental, o atendimento e a atuação junto à pessoa idosa, conforme disposto no Estatuto da Pessoa Idosa, nos moldes do Roteiro de Visita – Avaliação da Entidade, de acordo com o **Anexo VI (Roteiro de Visita).**

Parágrafo Único – Caso o parecer da Comissão de Fiscalização recomendar a adequação de itens avaliados, a Entidade terá o prazo de 10 dias para apresentar o Roteiro para Elaboração do Plano de Melhorias, conforme **Anexo VII (Plano de Melhorias)**, e realizar as adequações nas datas previstas no referido plano com aval desse Conselho. Esgotado o prazo, a Comissão de Fiscalização fará a reavaliação do processo e emitirá parecer conclusivo.

Artigo 11. A realização da visita é condicionante para a emissão do parecer conclusivo na análise do processo, presente no **Anexo I (Requerimento de Inscrição de Entidade)**, sem a qual não será emitido o Certificado no Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa **(Anexo VIII Certificado de Registro)**.

Artigo 12. As visitas regulares acontecem sempre que o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, por meio de sua comissão de fiscalização, deliberar em suas reuniões ordinárias ou extraordinárias esta necessidade, ou sempre que receber alguma denúncia.

Artigo 13. É vedada a destinação de recursos públicos para auxílio ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

Tubarão, 01 de abril de 2026.

Documento assinado digitalmente
gov.br
KATIA NILVAN CARDOSO BRESSAN
Data: 02/04/2026 18:11:30-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Kátia Nilvan Cardoso Bressan
Presidente CMDPI

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA
Rua São Manoel, 140 – Secretaria de Assistência Social, Mulher e Família
Tubarão/SC – CEP: 88701-120 Fone: (48) 3621-9889

ANEXO I

REQUERIMENTO DE REGISTRO DA ENTIDADE NO CMDPI

Senhor (a) Presidente do CMDPI - Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Tubarão, o Senhor(a)_____, representante legal da Entidade_____, portador (a) do CPF nº__, vem REQUERER a Vossa Senhoria, a INSCRIÇÃO DA ENTIDADE, com base no artigo 6º da Resolução Normativa nº 001/2017 de 21 de julho de 2017 e demais dispositivos legais fixados para o exame e julgamento do pleito.

Declara estar ciente das normas e exigências fixadas por este Conselho em relação ao pedido acima formulado.

Tubarão,____de_____de_____.

_____
Assinatura representante legal da entidade

USO EXCLUSIVO DO CMDPI	
RECEBIDO: ____/____/_____.	PARECER DA COMISSÃO N°: _____
ASSINATURA COMISSÃO:	

ANEXO II

FORMULÁRIO DE REGISTRO NO CMDPI - CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA

1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE		
Denominação:		
Endereço:		
Número:	Bairro:	Município:
Telefone:	Fax:	Estado:
E-mail:		
Caixa Postal:	CEP:	
CNPJ:		
Natureza: ( ) Pública ( ) Privada		
Orientação: ( ) Religiosa ( ) Leiga		
Localização: ( ) Urbana ( ) Rural		

2. ASPECTOS LEGAIS		
Estatuto: ( ) Sim ( ) Não	Regimento Interno: ( ) Sim ( ) Não	
Data da Secretaria:	Registro em Cartório:	
Número:	Folha:	Data:
Ata de posse da atual diretoria:	Registro em Cartório:	
Número:	Folha:	Data:
Período de mandato da atual diretoria: De __/____/_____até_____/____/_____		
Possui: ( ) Registro no CMII ( ) Certificado de Utilidade Pública( ) Outros Quais? _____		

3. IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL		
Nome:		
CPF:	RG:	
Título de Eleitor n°:	Zona:	Seção:

Cargo:		
Vigência do Mandato:	Início: ____/____/	Término:___/___/ _____

4. IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA ENTIDADE		
Nome	Função	Documento

5. NOME DO PROJETO DE ATENÇÃO À PESSOA IDOSA:
Nome:

6. FUNCIONAMENTO DO PROJETO
( ) Diário ( ) Semanal ( ) Quinzenal ( ) Mensal ( ) Outros:

7. ATENDIMENTO AO PÚBLICO
7.1 PÚBLICO ATENDIDO
( ) Feminino ( ) Masculino ( ) Misto
7.2 FORMA DE ATENDIMENTO
( ) Individual ( ) Grupo
7.3 PERIODICIDADE DE ATENDIMENTO
( ) Atendimento eventual ( ) Atendimento continuado ( ) Atendimento por tempo limitado

8. MODALIDADE DE ATENDIMENTO
( ) Instituição de Longa Permanência ( ) Casa-Lar ( ) Grupos Especiais ( ) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e Grupo de Convivência, Arte e Lazer ( ) Outros.

Especificar:_____

9. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO PARA ATENDIMENTO

( ) Domicílio/área geográfica e per capita

( ) Situação de Saúde/Doente Crônico (dependência, independência, etc.)

( ) Idade

( ) Violação de direitos, etc

( ) Público alvo da Assistência Social

( ) Situação de abandono/risco apresentada

( ) Renda Familiar

( ) Outros.

Especificar:_____

10. ENFOQUE DO ATENDIMENTO

11. FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO

Dias:

Horários:

12. ATIVIDADE PRINCIPAL

( ) Assistência Social

( ) Saúde

( ) Cultura

( ) Educação

( ) Lazer

( ) Outros. Quais?

_____

13. OBJETIVO DA ENTIDADE COM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA

14. PLANEJAMENTO DAS AÇÕES
( ) Plano de Trabalho ou Plano de Ação ( ) Anual ( ) Permanente ( ) Inexistente ( ) Plano Individual de Atendimento ao Usuário
15. DESCREVA A FORMA DE MANUTENÇÃO FINANCEIRA DA ENTIDADE
( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal ( ) Promoções ( ) Doações ( ) Empresarial ( ) % de renda do idoso pelo BPC ( ) Mensalidade ( ) Outros. Quais? _____
16. RESUMIR OS SERVIÇOS PRESTADOS PELA ENTIDADE À PESSOA IDOSA

_____

Assinatura do Representante

Nome: _____

CPF: _____

Data: _____/_____/_____

ANEXO III

FICHA DE INSCRIÇÃO DE PROGRAMAS E DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA

1. RESPONSÁVEL TÉCNICO			
Nome completo:			
Função:		N° de registro:	
Contato:		Formação:	
Email:			
2. FONTE RECEBE MAIOR RECURSO FINANCEIRO			
( ) Recurso Próprio ( ) Entidade mantenedora			
2.1 Convênios		2.2 Doações	
( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Federal ( ) Ambos		( ) Pessoas Jurídicas ( ) Pessoas Físicas	
2.3 Outros:			
3. CLIENTELA - ALVO (EM NÚMEROS)			
3.1 Masculino		3.2 Feminino	
60 a 64 anos	QUANTIDADE:	60 a 64 anos	QUANTIDADE:
65 a 69 anos	QUANTIDADE:	65 a 69 anos	QUANTIDADE:
70 a 74 anos	QUANTIDADE:	70 a 74 anos	QUANTIDADE:
75 a 79 anos	QUANTIDADE:	75 a 79 anos	QUANTIDADE:
80 a 84 anos	QUANTIDADE:	80 a 84 anos	QUANTIDADE:
85 a 89 anos	QUANTIDADE:	85 a 89 anos	QUANTIDADE:
90 a 94 anos	QUANTIDADE:	90 a 94 anos	QUANTIDADE:
95 anos +	QUANTIDADE:	95 anos +	QUANTIDADE:
4. CARACTERIZAÇÃO DOS PROGRAMAS E SERVIÇOS			

4.1 Programa de Proteção e Atenção Social Básica								
Serviços	**diário**	**semanal**	**quinzenal**	**mensal**	**anual**	**eventual**	**carga horária**	**nº idosos**
Casa-Lar								
República								
Condomínio								
Centro de Convivência								
Grupo de Convivência								
Oficina Abrigada de Trabalho								
Atendimento Domiciliar								
Plantão Social								
PSF/ UBS								
Assistência Farmacêutica Básica								
Grupos de Educação em Saúde								
Exames Complem. Diagnóstico								
Exames Especializados								
4.2 Programa de Proteção e Atenção Social Especial								
Serviços	**diário**	**semanal**	**quinzenal**	**mensal**	**anual**	**eventual**	**carga horária**	**nº idosos**
Institucionalização de longa permanência								
Casa-Lar								
Condomínio								
República								

Moradias provisórias para adultos e idosos (albergue e casa de passagem)								
Centro de Cuidados Diurno/ Centro Dia, Hospital-Dia								
Centro de Referência								
Assistência farmacêutica especial								
Apoio Sócio-Familiar ao Idoso								
Atendimento domiciliar								
4.3 Programa de Humanização - Acolhimento								
Serviços	**diário**	**semanal**	**quinzenal**	**mensal**	**anual**	**eventual**	**carga horária**	**n° idosos**
Caderneta de saúde								
Visitas domiciliarias periódicas								
Saúde mental – UBS e CAPS								
Identificação, notificação de violência								
Consultas								
Internação domiciliar								
Cadastramento dos idosos pelo PSF								
4.4 Programa de Prevenção ao Câncer								
Serviços	**diário**	**semanal**	**quinzenal**	**mensal**	**anual**	**eventual**	**carga horária**	**n° idosos**
Boca								

Mama								
Útero								
Próstata								
OUTROS:								
4.5 Programa de Imunização								
Serviços	**diário**	**semanal**	**quinzenal**	**mensal**	**anual**	**eventual**	**carga horária**	**n° idosos**
Vacina tétano								
Vacina influenza								
Vacina pneumocócica								
4.6 Programa de Assistência em Órteses e Próteses								
Serviços	**diário**	**semanal**	**quinzenal**	**mensal**	**anual**	**eventual**	**carga horária**	**n° idosos**
Próteses dentárias								
Próteses auditivas								
Óculos								
OUTROS:								
4.7 Programa de Saúde da Família								
Serviços	**diário**	**semanal**	**quinzenal**	**mensal**	**anual**	**eventual**	**carga horária**	**n° idosos**
Grupos de educação em saúde								
Próteses auditivas								
Óculos								
4.8 Programa de Assistência Suplementar Nutricional								
Serviços	**diário**	**semanal**	**quinzenal**	**mensal**	**anual**	**eventual**	**carga horária**	**n° idosos**

Consultas								
Orientação alimentar								
Concessão de sondas								

4.9 Programa de Ações Educativas

Serviços	diário	semanal	quinzenal	mensal	anual	eventual	carga horária	nº idosos
Alfabetização								
Educação de jovens e adultos								
Inclusão digital								
Línguas estrangeiras								
Escola aberta								
OUTROS:								

4.10 Programa de Recreação, Esporte e Lazer

Serviços	diário	semanal	quinzenal	mensal	anual	eventual	carga horária	nº idosos
Caminhadas orientadas								
Jogos adaptados								
Atividades físicas								
Núcleo Vida Saudável (ME)								
Passeios								

5. CARACTERIZAÇÃO DOS PROGRAMAS E SERVIÇOS

5.1 Profissionais de nível superior

PROFISSIONAIS	Serviço Próprio				SERVIÇO CONVENIADO
	Número de Profissionais				
	Contrat.	Cedido	Volunrário	Estagiário	

Médico				
Psicólogo				
Odontólogo				
Assistente Social				
Terap. Ocupacional				
Fonoaudiólogo				
Nutricionista				
Enfermeiro				
Fisioterapeuta				
Educador Físico				
Professor				
OUTROS:				

5.2 Profissionais de nível médio ou técnico

Profissionais	**Número de profissionais**			
	Contratado	**Voluntário**	**Cedido**	**Estagiário**
Técnico em enfermagem				
Auxiliar de enfermagem				
Recreacionista				
Professor				
OUTROS:				

6. DOCUMENTAÇÃO REFERENTE AO IDOSO	
Prontuário atualizado por idoso: SIM ( ) - anexar modelo NÃO ( )	Ficha cadastral com dados pessoas e familiares SIM ( ) - anexar modelo NÃO ( )

PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO PROJETO				
Vínculo	**Qntde**	**Função**	**Carga**	**Qtde por turno**

			Horária			
				Matutino	Vespertino	Noturno

*** 1 EFETIVO, 2 VOLUNTÁRIO, 3 PARCERIA, 4 TEMPORÁRIO, 5 ESTAGIÁRIO**

PARCEIROS	TIPO DE PARCERIA

Tubarão, _____ de _____ de 20____.

_____

Assinatura do Presidente

ANEXO IV

ORIENTAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DE PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO ANUAL

O Plano de Trabalho é o planejamento global da entidade e deve incluir: missão da entidade, objetivos gerais, estratégias, constituindo-se em um planejamento para o prazo mínimo de 01 (um) ano, devendo conter:

Identificação da entidade (Nome, localização, município, data de criação, público alvo atendido, etc.)

APRESENTAÇÃO

Descrever o conteúdo do plano, ou seja, do que se trata o trabalho realizado pela entidade, para qual público e a área de abrangência, sua relevância à sociedade, metodologia de trabalho, os parceiros para desenvolvimento das atividades (com as redes de atendimento) e da elaboração do mesmo. Também são apresentados os princípios que norteiam as ações, de forma que expressem os valores morais, culturais, políticos, etc., as diretrizes das ações, as leis que fundamentam toda a ação e o modelo de gestão adotado pela organização.

DIAGNÓSTICO DA ÁREA

Apresentar o diagnóstico da área que será implantado o plano de trabalho ou que já vem sendo desenvolvido, contendo a caracterização das pessoas que serão atendidas, análise da realidade social da comunidade (bairro, cidade, etc), aspectos demográficos, fontes de recursos, histórico da região e/ou público.

OBJETIVOS

Definir de forma ampla o que se quer alcançar, ou seja, o objetivo geral, qual situação/problema que se quer superar. Descrever de forma mais detalhada os objetivos gerais (objetivos específicos).

PRIORIDADES E ESTRATÉGIAS

Listar as prioridades das ações da entidade, levando em conta a sua viabilidade e seu potencial humano e financeiro. Já, estratégia são os caminhos escolhidos pela entidade para se alcançar o objetivo proposto.

RECURSOS HUMANOS, MATERIAIS E FINANCEIROS

Explicar todos os recursos que a entidade possui para desenvolver as ações. O quadro de profissionais que compõem a atividade, suas especialidades e funções, quem são os responsáveis diretos por cada, os materiais que compõem a organização para o seu funcionamento, e os recursos financeiros da organização, se serão recursos próprios ou não, sua fonte, etc.

METAS

Mostrar quantitativamente o objetivo que se quer atingir e o prazo para alcançá-lo ou se aproximar do desejado.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Descrever como será realizado o acompanhamento contínuo do desenvolvimento das atividades e apresentar a tipologia e a periodicidade da avaliação adotada pela

entidade, para identificarmos os avanços e dificuldades, visando um possível aprimoramento.

ALTERAÇÕES

Caso a entidade altere o plano de trabalho, este deverá ser reencaminhado ao Conselho com as devidas alterações.

ANEXO V

RELATÓRIO DE ATIVIDADES ANO _____

ORIENTAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO DE ATIVIDADES

NOME DA ENTIDADE:
CNPJ:
E-MAIL:
ENDEREÇO:
MUNICÍPIO/UF:
CEP:

1. OBJETIVO GERAL DA ENTIDADE

Neste tópico deve ser abordada de forma ampla qual a finalidade da entidade. Podem ser descritos também os objetivos específicos.

2. ATIVIDADES, SERVIÇOS, PROGRAMAS E PROJETOS:

2.1 DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE REALIZADA

O que e como foi desenvolvida?

Exemplo: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - SCFV. Os participantes do "percurso" no período de janeiro a março irão discutir os seguintes temas (detalhar os temas a serem abordados)

Exemplo de Oficinas: Arte, dança, música e esporte. As oficinas acompanharam os percursos do SCFV nos horários complementares ao período em que o idoso encontra-se na instituição/serviço.

2.2 PÚBLICO-ALVO

Quem foram as pessoas para as quais a oferta esteve direcionada?

É necessário caracterizar o público-alvo, citando dentre outros elementos, a faixa etária, sexo e a escolaridade. Citar a forma de seleção do público, informando se o CRAS ou CREAS encaminha pessoas para o atendimento da entidade;

2.3 QUANTIDADE DE PESSOAS ATENDIDAS:

Número total de pessoas que participaram das atividades/projetos/serviços/programas desenvolvidos pela entidade;

2.4 DIA/HORÁRIO/PERIODICIDADE

A frequência com a qual a oferta foi realizada. Exemplo: Segunda a sexta-feira, das 08h às 12h; durante todo o ano;

2.5 RECURSOS HUMANOS

Citar os profissionais que atuaram em cada atividade, a carga horária de trabalho e o vínculo trabalhista com a entidade - se é por contrato de trabalho ou se é trabalho voluntário.

Exemplo: 01 psicólogo funcionário da entidade com contrato de 40 horas semanais, 01 assistente social cedido pela prefeitura com carga horária de 30 horas semanais, 02 voluntários com carga horária de 10 horas semanais;

Sugerimos a inclusão do quadro de recursos humanos conforme o modelo abaixo:

Quadro de Recursos Humanos da entidade XXX

PROFISSÃO	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA SEMANAL DE CADA PROFISSIONAL	VÍNCULO COM A ENTIDADE
Assistentes sociais	2	30 horas	Celetista com carteira assinatura
Pedagogo	1	8 horas	Voluntário
Psicólogos	2	40 horas	Celetista com carteira assinatura
Educadores	10	40 horas	Celetista com carteira assinatura

2.6 ABRANGÊNCIA TERRITORIAL

Qual o alcance da atividade realizada pela entidade (Nacional, Estadual, ou Municipal). Diagnóstico dos territórios nos quais a atividade foi desenvolvida;

2.7 RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DA ATIVIDADE REALIZADA

Descrever quais foram os resultados alcançados com o desenvolvimento da atividade, ou seja, quais foram os resultados e a repercussão do projeto para o público-alvo, mantendo coerência com os objetivos. Os resultados devem ser quantitativos e/ ou qualitativos.

2.8 ORIGEM DOS RECURSOS FINANCEIROS

De onde vieram as receitas/verbas para a realização das atividades. Exemplo: Convênios e/ou Parcerias firmadas com prefeituras, secretarias, órgãos públicos, doações de pessoas físicas/jurídica, entre outros.

2.9 DESTACAR SE AS ATIVIDADES SÃO GRATUITAS PARA OS USUÁRIOS.

2.10 DESPESAS DAS ATIVIDADES

Destacar quanto foi gasto de recurso financeiro com cada atividade;

3. PARCERIAS:

Identificar os apoios externos na execução dos projetos/programas/serviços desenvolvidos pela entidade, ou seja, órgãos da esfera pública (federal, estadual ou municipal), entidades privadas ou comunitárias que apoiaram de forma técnica, financeira ou administrativa.

_____

Nome e assinatura do Presidente da Entidade

ANEXO VI

ROTEIRO DE VISITA
FISCALIZAÇÃO EM ENTIDADE DE ATENDIMENTO A IDOSOS

Aos _____ dias do mês de _____ de 20____, por volta das_____ horas, a Comissão de Fiscalização do Conselho Municipal do Idoso de Tubarão, com atribuição de defesa dos direitos da pessoa idosa, esteve presente nas instalações da unidade de atendimento a idosos, objetivando verificar as condições de atendimento e funcionamento da instituição adiante identificada, onde foram colhidas as seguintes informações:

Nome da instituição:
Nome Fantasia:
1. MOTIVO DA DENÚNCIA
( ) Denúncia Ouvidoria ( ) Denúncia Disque 100 ( ) Rotina ( ) Provocação do CMAS ( ) Outros _____
2. CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE DE ATENDIMENTO
Nome da unidade visitada: _____ Endereço:_____Bairro:_____CEP:_____ _ Ponto de referência:_____ Telefone:_____ Email: _____ Responsável legal: _____ CPF: _____ N° RG: _____ Órgão Expedidor: _____ Qualificação e formação profissional:

_____

Responsável técnico:_____

N.º do reg. no Conselho de Classe: _____

Nome(s) do(s) funcionário(s) da Instituição que acompanhou (ram) a visita, qualificação e função exercida:

_____

_____

_____

_____

____

3. CARACTERIZAÇÃO DO(S) REGIME (S) DE ATENDIMENTO MANTIDO PELA UNIDADE

( ) Instituição de Longa Permanência

( ) Casa Lar

( ) República (Vide definição na Portaria n° 73/2001 do SEAS/MPAS, item 4)

4. CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO LEGAL E DAS CONDIÇÕES BÁSICAS PARA FUNCIONAMENTO DA UNIDADE

CNPJ:_____
N° Alvará de Localização e Funcionamento: _____
Data de Expedição: _____/_____/_____.
N° Alvará de Alvará de Autorização Sanitária:_____
Data de Expedição: _____/_____/_____.

4.1 NÚMERO DE REGISTRO NO CONSELHO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Estadual: ( ) Não possui	( ) Municipal: ( ) Não possui

4.2 POSSUI REGISTRO NO CONSELHO DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA

( ) Estadual: ( ) Não possui	( ) Municipal: ( ) Não possui	( ) Nacional: ( ) Não possui

4.3 NATUREZA JURÍDICA

( ) Filantrópico

( ) Particular

( ) Municipal

( ) Estadual

( ) Federal

4.4 DECRETO DE UTILIDADE PÚBLICA		
( ) Estadual:	( ) Municipal:	( ) Nacional:
4.5 POSSUI ESTATUTO E/OU REGULAMENTO INTERNO DA INSTITUIÇÃO		
( ) Sim ( ) Não		
4.6 POSSUI LIVRO DE OCORRÊNCIAS DIÁRIAS		
( ) Sim ( ) Não		
5. CONVÊNIOS E CONTRATOS		
5.1 ORIGEM DOS RECURSOS FINANCEIROS PARA MANUTENÇÃO DA UNIDADE		
a) ( ) Convênios governamentais		
( ) Estadual:	( ) Municipal:	( ) Federal:
b) ( ) Mensalidade paga pelos idosos: R$ _____		
c) ( ) Doações		
( ) Comunidade	( ) Entidades não governamentais	( ) Não recebe
Outros: _____		
5.2 A ENTIDADE DA PUBLICIDADE DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS DOS RECURSOS PÚBLICOS E PRIVADOS POR ELA RECEBIDOS, NOS TERMOS DO ART. 54 DO ESTATUTO DO IDOSO?		
( ) Sim ( ) Não		
5.3 A INSTITUIÇÃO POSSUI ARQUIVO DE ANOTAÇÕES DE ADMISSÃO INDIVIDUAIS COM DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO, SEUS FAMILIARES, AMIGOS OU RESPONSÁVEL LEGAL, SEUS ENDEREÇOS E MOTIVO DE SEU ABRIGAMENTO?		
( ) Sim ( ) Não		
5.4 A INSTITUIÇÃO POSSUI A RELAÇÃO DOS PERTENCES DOS IDOSOS E O VALOR DE CONTRIBUIÇÃO PARA A INSTITUIÇÃO?		

( ) Sim

( ) Não

5.5 A ENTIDADE CELEBROU CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO COM O IDOSO OU SEU RESPONSÁVEL LEGAL, CONFORME O ART. 50, I, DO ESTATUTO DO IDOSO?

( ) Sim

( ) Não

Especificar os idosos que ainda não celebram o referido contrato:

_____

_____

_____

_____

____

5.6 A INSTITUIÇÃO FORNECE COMPROVANTE DE DEPÓSITO DOS BENS MÓVEIS QUE RECEBE DOS IDOSOS, CONFORME O ART. 50, XIV, DO ESTATUTO DO IDOSO?

( ) Sim

( ) Não

6. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO DOS IDOSOS NA UNIDADE

6.1 IDADE EXIGIDA PARA ADMISSÃO:

_____

6.2 EXISTEM PESSOAS COM MENOS DE 60 ANOS ABRIGADAS?

( ) Não

( ) Sim

Quantas:

Nome	Data de Nasc	Motivo

6.3 DOCUMENTOS PESSOAIS

a) Todos os idosos possuem carteira de identidade ou certidão de nascimento/casamento (documento ao exercício da cidadania, conforme artigo 50, inciso XIII, do Estatuto do Idoso)?

( ) Sim

( ) Não

Listar aqueles que não possuem identificação civil:

_____

_____

_____

_____

____

6.4 A INSTITUIÇÃO PROVIDENCIA A IMEDIATA AVALIAÇÃO MÉDICA APÓS O INGRESSO DO IDOSO?

( ) Sim

( ) Não

6.5 RECEBE IDOSOS DEPENDENTES PARA AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA?

( ) Sim

( ) Não

6.6 ESPECIFICAR A QUANTIDADE DE IDOSOS POR DEPENDÊNCIA

Número de idosos com grau de dependência I:

_____

(independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-cuidado)

Número de idosos com grau de dependência II: _____

(com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária)

Número de idosos com grau de dependência III: _____

(necessita de assistência em todas as atividades de vida diária ou com comprometimento

cognitivo)

6.7 MOTIVOS MAIS FREQUENTES DO ENCAMINHAMENTO À INSTITUIÇÃO:

( ) carência financeira

( ) abandono familiar

( ) doenças associadas ao envelhecimento ( ) falta de pessoa para cuidar

( ) falta de moradia própria ( ) sem referência familiar

( ) outros: _____

7. BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS E ASSISTENCIAIS

7.1 QUANTOS IDOSOS POSSUEM RENDA? _____

7.2 NÚMERO DE APOSENTADOS PELO INSS: _____

VALOR MÉDIOS DAS APOSENTADORIAS: _____

7.3 NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (BENEFICIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA-BPC/LOAS - AUXÍLIO QUE NÃO PAGA 13º): _____

7.4 QUANTOS IDOSOS POSSUEM OUTRAS FONTES DE RENDA? _____

7.5 QUANTOS IDOSOS NÃO POSSUEM RENDA? _____

a) Identificar o idoso que não possui renda e especificar o motivo de cada um deles:

_____

_____

_____

_____

____

7.6 QUEM RECEBE OS BENEFÍCIOS DOS IDOSOS CITADOS ACIMA?

( ) o próprio idoso

( ) familiares

( ) o curador do idoso

( ) a Instituição, com procuração

( ) a Instituição, sem procuração

8. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE ATENDIMENTO VISITADA:

8.1 NÚMERO DE VAGAS EXISTENTES PARA ACOLHIMENTO: _____	
N° de homens: _____	N° de mulheres: _____
8.2 NÚMERO DE VAGAS OCUPADAS NO MOMENTO	
N° de homens: _____	N° de mulheres: _____
8.3 EXISTE LISTA DE ESPERA PARA INGRESSO NA ENTIDADE?	
( ) Sim ( ) Não Relacionar o nome e número de idosos na referida lista: _____ _____ _____ ___	
9. SITUAÇÃO FAMILIAR DOS IDOSOS	
9.1 RECEBEM VISITAS?	
( ) Sim ( ) Não ( ) Raramente Em caso de não receber visita ou recebê-la raramente, especificar o nome do idoso e se conhece o motivo da ausência familiar: _____ _____ _____ _____	
9.2 A ENTIDADE PROCURA MANTER, ESTABELECER E FORTALECER O VÍNCULO DAS FAMÍLIAS COM OS IDOSOS?	
( ) Sim ( ) Não	
9.3 DE QUAL MODO PROMOVE O ESTABELECIMENTO DESSES VÍNCULOS?	

_____ _____ _____ _____ ____
9.4 A ENTIDADE ESTÁ ABERTA A VISITAS?
( ) Sim ( ) Não. Especificar: _____ _____ _____ _____ ____
9.5 QUAIS OS DIAS E HORÁRIOS PARA VISITAÇÃO?
9.6 HÁ CONTROLE DE ENTRADAS E SAÍDAS DE PESSOAS IDOSAS?
( ) Sim ( ) Não
9.7 POSSUI LIVRO DE REGISTRO DE VISITAS?
( ) Sim ( ) Não
10. ALIMENTAÇÃO
10.1 PROCEDÊNCIA
( ) Doação ( ) Própria ( ) Convênio/ Qual ? _____
10.2 CARDÁPIO ORIENTADO POR NUTRICIONISTA (VIDE LEI Nº 8.234/91, ART. 3º,

VII, RESOLUÇÃO CFN Nº 380/2005, ART. 2º, II, E PORTARIA 73/01 DO SEAS/MPAS, ITEM 9.7):
( ) Sim ( ) Não
10.3 NÚMERO DE REFEIÇÕES DIÁRIAS: _____
10.4 QUAIS AS REFEIÇÕES FORNECIDAS?
_____ _____ _____ _____ ____
10.4 EXISTEM IDOSOS QUE SE ALIMENTAM ATRAVÉS DE SONDA OU OUTRO TIPO DE RECURSO?
( ) Sim ( ) Não Quantos: _____
11. VESTUÁRIO (em caso de Entidade pública, artigo 50, inciso III, do Estatuto do Idoso)
11.1 A Entidade fornece vestuário adequado ao idoso?
( ) Sim ( ) Não
11.2 A ENTIDADE IDENTIFICA AS ROUPAS DE USO PESSOAL DO IDOSO (ARTIGO 50, INCISO V, DO ESTATUTO DO IDOSO)?
( ) Sim ( ) Não
12. RECURSOS HUMANOS (ITEM 4.6.3 DA RESOLUÇÃO 283/05 DA ANVISA):
12.1 FUNCIONÁRIOS
a) Administrativos: _____

b) Auxiliares de enfermagem: _____

c) Cuidadores de pessoas idosas: _____

d) Serviços Gerais: _____

e) Cozinheiros: _____

f) Voluntários: _____

g) Outros:

13. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE

13.1 OCUPACIONAIS

( ) Não possui

( ) Bordado

( ) Pintura

( ) Tapeçaria

( ) Outros:

_____

13.2 EDUCACIONAIS

( ) Não possui

( ) Alfabetização

13.3 RECREATIVAS/LAZER/CULTURA

( ) Passeios

( ) Bailes

( ) Música

( ) Cinema

( ) Teatro

( ) Outros:

_____

13.4 RELIGIOSAS

( ) Não possui

( ) Missas

( ) Grupo de oração

( ) Cultos

( ) Outros:
_____

13.5 ESPORTIVAS

( ) Não possui
( ) Caminhadas
( ) Ginástica
( ) Outros:
_____

13.6 FESTAS COMEMORATIVAS

( ) Não possui
( ) Natal
( ) Páscoa
( ) Aniversários
( ) Festa junina
( ) Padroeira
( ) Outros:

_____

13.7 GRUPOS DE ATIVIDADES SOCIAIS

( ) Sim
( ) Não
Quais: _____

14. ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS IDOSOS

14.1 OS MEDICAMENTOS DE USO CONTINUADO (BÁSICOS) SÃO FORNECIDOS GRATUITAMENTE PELO CENTRO DE SAÚDE/SUS?

( ) Sim
( ) Não
Por quê?

_____

Outras formas de aquisição de medicamentos:
( ) Doações

( ) Família

( ) Própria da Unidade

( ) Própria do idoso

14.2 POSSUI PLANO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DOS RESIDENTES (5.2.1 DA RDC 283)?

( ) Sim

( ) Não

14.3 LOCAIS DE ATENDIMENTO PARA AS CONSULTAS MÉDICAS/EMERGÊNCIAS*:*

( ) Centro de Saúde/SUS

( ) Médico próprio da Unidade

( ) Médico contratado pela família

( ) Hospital do município

( ) Médico do Programa de Saúde da Família

( ) Hospital fora do município

( ) Clínicas e hospitais credenciados ao Plano de Saúde do Idoso

( ) Outros: _____

14.4 LOCAIS DE ATENDIMENTO PARA AS CONSULTAS MÉDICAS/EMERGÊNCIAS*:*

( ) Centro de Saúde/SUS

( ) Médico próprio da Unidade

( ) Médico contratado pela família

( ) Hospital do município

( ) Médico do Programa de Saúde da Família

( ) Hospital fora do município

( ) Clínicas e hospitais credenciados ao Plano de Saúde do Idoso

( ) Outros: _____

14.5 UNIDADES DE SAÚDE PROCURADAS NOS CASOS DE URGÊNCIA E CONSULTAS MÉDICAS?

_____ _____ _____ ___
14.6 QUAIS PROCEDIMENTOS ADOTADOS EM CASO DE EMERGÊNCIA?
_____ _____ _____ ___
14.7 NA OCORRÊNCIA DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS, A INSTITUIÇÃO COMUNICA O FATO À AUTORIDADE COMPETENTE DE SAÚDE (ARTIGO 50, INCISO XII, DO ESTATUTO DO IDOSO)?
( ) Sim ( ) Não
14.8 NA OCORRÊNCIA DE QUEDA COM LESÃO E TENTATIVA DE SUICÍDIO A INSTITUIÇÃO NOTIFICA IMEDIATAMENTE À AUTORIDADE SANITÁRIA LOCAL (ITEM 6.2, 6.2.1 E 6.2.2 DA RESOLUÇÃO 283 DA ANVISA)?
( ) Sim ( ) Não
14.9 A INSTITUIÇÃO POSSUI REGISTRO DAS INTERCORRÊNCIAS MÉDICAS DE CADA IDOSO?
( ) Sim ( ) Não
14.10 Número de quedas com lesões nos últimos 06 (seis) meses:
14.11 NÚMERO DE ÓBITOS NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES: _____
14.12 NÚMERO DE SUICÍDIOS OU TENTATIVAS DE SUICÍDIOS NOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES: _____
14.11 HÁ IDOSOS PASSÍVEIS DE INTERDIÇÃO?

( ) Sim ( ) Não Informar relação: _____ Em caso de interditados, informar curador: _____
15. ATENDIMENTO ESPECIALIZADO/SAÚDE (SUGERE-SE AOS PROMOTORES DE JUSTIÇA OBSERVAR A EXISTÊNCIA DESTES ATENDIMENTOS ESPECIALIZADOS, EM QUE PESE, EM ALGUNS CASOS, NÃO HAVER A SUA OBRIGATORIEDADE)
15.1 ASSISTÊNCIA DO MÉDICO
( ) Não possui ( ) Prefeitura/SUS ( ) Própria ( ) Outros: _____
15.2 ASSISTÊNCIA DO PSICÓLOGO
( ) Não possui ( ) Prefeitura/SUS ( ) Própria ( ) Outros: _____
15.3 ASSISTÊNCIA DO FISIOTERAPEUTA
( ) Não possui ( ) Prefeitura/SUS ( ) Própria ( ) Outros: _____
15.4 ASSISTÊNCIA DO ODONTÓLOGO
( ) Não possui

( ) Prefeitura/SUS

( ) Própria

( ) Outros: _____

15.5 ASSISTÊNCIA DO ASSISTENTE SOCIAL

( ) Não possui

( ) Prefeitura/SUS

( ) Própria

( ) Outros: _____

15.6 ASSISTÊNCIA DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

( ) Não possui

( ) Prefeitura/SUS

( ) Própria

( ) Outros: _____

15.7 ASSISTÊNCIA DO FONOAUDIÓLOGO

( ) Não possui

( ) Prefeitura/SUS

( ) Própria

( ) Outros: _____

15.8 ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO

( ) Não possui

( ) Prefeitura/SUS

( ) Própria

( ) Outros: _____

15.9 AUXILIAR DE ENFERMAGEM

( ) Não possui

( ) Prefeitura/SUS

( ) Própria

( ) Outros: _____

15.10 ASSISTÊNCIA DO FARMACÊUTICO

( ) Não possui

( ) Prefeitura/SUS

( ) Própria

( ) Outros: _____

16. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS FÍSICOS DO IMÓVEL

16.1 SITUAÇÃO LEGAL DO IMÓVEL

( ) Alugado

( ) Próprio

( ) Financiado

( ) Cedido

( ) Em comodato

16.2 A INSTITUIÇÃO POSSUI UMA PLACA DE IDENTIFICAÇÃO EXTERNA VISÍVEL, CONFORME DISPÕE O ART. 37, § 2º DO ESTATUTO DO IDOSO?

( ) Sim

( ) Não

17. INFORMAÇÕES GERAIS

17.1 A EDIFICAÇÃO, EM GERAL, ESTÁ EM BOAS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS, SEM RACHADURAS OU VAZAMENTOS?

( ) Sim

( ) Não

Especificar: _____

17.2 QUANTOS PAVIMENTOS TEM A EDIFICAÇÃO? _____

17.3 NÚMERO DE DORMITÓRIOS: _____
17.4 NÚMERO DE CAMAS POR DORMITÓRIO: _____
17.5 OS DORMITÓRIOS ENCONTRAM-SE LIMPOS E HIGIENIZADOS?
( ) Sim ( ) Não
17.6 NÚMERO DE SALAS DE ESTAR/CONVIVÊNCIA: _____
17.7 HÁ ESPAÇO APROPRIADO PARA RECEBIMENTO DE VISITAS?
( ) Sim ( ) Não
17.8 OS SANITÁRIOS SÃO DIVIDIDOS POR SEXO?
( ) Sim ( ) Não
17.9 OS SANITÁRIOS ENCONTRAM-SE LIMPOS E HIGIENIZADOS?
( ) Sim ( ) Não
17.10 NÚMERO DE SANITÁRIOS: _____
17.11 OS SANITÁRIOS SÃO ACESSÍVEIS?
( ) Sim ( ) Não
17.12 HÁ PISO ANTIDERRAPANTE
( ) Sim ( ) Não Onde: _____
17.13 HÁ BARRAS DE APOIO NOS BANHEIROS?

( ) Sim ( ) Não
17.14 HÁ ESPAÇO PARA CIRCULAÇÃO DE UMA CADEIRA DE RODAS?
( ) Sim ( ) Não
17.15 TODAS AS PORTAS ENCONTRAM-SE COM A LARGURA MÍNIMA PREVISTA NA NORMA TÉCNICA ABNT 9050/2004?
( ) Sim ( ) Não
17.16 HÁ COZINHA PRÓPRIA?
( ) Sim ( ) Não
17.17 A COZINHA ENCONTRA-SE LIMPA E HIGIENIZADA?
( ) Sim ( ) Não
17.18 HÁ LAVANDERIA PRÓPRIA?
( ) Sim ( ) Não
17.19 A LAVANDERIA ENCONTRA-SE LIMPA E HIGIENIZADA?
( ) Sim ( ) Não
17.20 HÁ ÁREA DESCOBERTA QUE PERMITA A EXPOSIÇÃO DOS IDOSOS AO SOL?
( ) Sim ( ) Não
17.21 HÁ ENFERMARIA PRÓPRIA?

( ) Sim ( ) Não
17.22 HÁ ESPAÇO PARA A ATIVIDADE DE FISIOTERAPIA?
( ) Sim ( ) Não
17.23 HÁ AUTOMÓVEL PRÓPRIO PARA CONDUÇÃO DOS IDOSOS?
( ) Sim ( ) Não
17.24 OUTRAS INFORMAÇÕES COM RELAÇÃO AO ESPAÇO FÍSICO DA INSTITUIÇÃO:
_____ _____ _____ _____ ____
17.25 AS ESCADAS POSSUEM PISO ANTIDERRAPANTE?
( ) Sim ( ) Não
17.26 AS ESCADAS POSSUEM CORRIMÃOS?
( ) Sim ( ) Não
17.27 HÁ RAMPAS OU ELEVADORES EM TODOS OS DESNÍVEIS?
( ) Sim ( ) Não
17.28 AS RAMPAS POSSUEM PISO ANTIDERRAPANTE?
( ) Sim

( ) Não

17.29 AS RAMPAS POSSUEM CORRIMÃOS?

( ) Sim

( ) Não

18. PARECER INICIAL: CONSTATAÇÕES

18.1 AS IRREGULARIDADES ENCONTRADAS REFEREM-SE A:

( ) Ausência de Alvará Sanitário;

( ) Ausência de Alvará de Localização e Funcionamento;

( ) Ausência ou irregularidade de fichas cadastrais dos idosos;

( ) Ausência de relatórios financeiros mensais;

( ) Ausência de Certificado de Aprovação do Corpo de Bombeiros;

( ) Inexistência de CNPJ;

( ) Ausência de registro nos Conselhos Nacional, Estadual ou Municipal de Assistência Social e/ou do Idoso;

( ) Falta de regimento interno ou estatuto da instituição;

( ) Idosos sem documentação pessoal;

( ) Presença de pessoas com menos de 60 anos;

( ) Falta de uma identificação externa visível da instituição (placa);

( ) Instalações físicas inacessíveis;

( ) Condições precárias de higiene e limpeza;

( ) Alimentação;

( ) Idosos sem renda, porém elegíveis ao BPC (Benefício de Prestação Continuada);

( ) Inexistência de celebração de contrato escrito de prestação de serviço com o idoso; ( ) Não fornecimento de vestuário adequado (no caso de entidade pública);

( ) Não identificação do vestuário pessoal do idoso;

( ) Baixa proporção de funcionários em relação ao número de internos;

( ) Ausência de capacitação para os funcionários e dirigentes;

( ) Ausência de estudo social e pessoal de cada caso;

( ) Inexistência de assistência à saúde para os idosos; ( ) Não-disponibilização dos medicamentos básicos pelo SUS; ( ) Falta de atividades que visem ao bem-estar dos idosos; ( ) Ausência de acomodação/local apropriado para recebimento de visitas pelos idosos.
19. EVENTUAIS PROFISSIONAIS QUE ACOMPANHARAM A VISITA/FISCALIZAÇÃO (NOME, CARGO, ÓRGÃO):
_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
20. EVENTUAIS PROFISSIONAIS PRESENTES NA FISCALIZAÇÃO:
_____ _____ _____ _____ _____

Aos _____ Dias do mês de_____de 20____, por volta das _____ horas, a Comissão de Fiscalização do Conselho Municipal do Idoso de Tubarão, com atribuição de defesa dos direitos da pessoa idosa

_____

NOME E ASSINATURA