

## CONSELHO MUNICIPAL DA PESSOA IDOSA

### COMPEI

#### VERA CRUZ – RS

#### RESOLUÇÃO Nº 02/2018

#### **“DISPÕE SOBRE O REGISTRO DE ENTIDADES GOVERNAMENTAIS E NÃO GOVERNAMENTAIS, COM OU SEM FINS LUCRATIVOS, E INSCRIÇÃO DE SEUS PROGRAMAS, PROJETOS E SERVIÇOS DE ATENDIMENTO AO IDOSO JUNTO AO CONSELHO MUNICIPAL DE IDOSO - COMPEI DE VERA CRUZ – RS”.**

O Conselho Municipal Da Pessoa Idosa de Vera Cruz – COMPEI, no uso de suas atribuições e competências legais conforme Lei Municipal nº. 2515/2004 de 26 de outubro de 2004, em Assembleia Ordinária realizada em 25 de outubro de 2018, e

**CONSIDERANDO** a Lei Federal n.º 10.741, de 1º de Outubro de 2003 – ESTATUTO DO IDOSO, 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 direto à Pessoa Idosa,

**Considerando** a Lei Federal nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993 – Lei Orgânica de Assistência Social LOAS, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências;

**Considerando** a Portaria SEAS/MPAS 73, de 10 de maio de 2001- normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso do Brasil;

**Considerando** a Resolução Anvisa RDC 283, de 26 de setembro de 2005 – regulamento técnico que define normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos, de caráter residencial;

**Considerando** a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994 – Política Nacional do Idoso;

**Considerando** o Decreto 5296, de 2 de dezembro de 2004 – Regulamenta as Leis 10.048, de 2000 e 10.098, de 2000);

**Considerando** a Portaria SES nº87/2018, 19 de fevereiro de 2018 – Estabelecimentos para Permanência Diurna de Pessoas Idosas (EPDPs).

#### **RESOLVE:**

**Art. 1º** Estabelecer os parâmetros municipais para o registro e renovação das entidades governamentais e não governamentais, Programas, Projetos e Serviços de Atendimento ao Idoso no Conselho Municipal da Pessoa Idosa - COMPEI de Vera Cruz – RS.

**Art. 2º** 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 e obedecerá ao disposto na presente Resolução Normativa.

Parágrafo único – O Certificado a ser concedido pelo Conselho Municipal do Idoso terá prazo de validade de um ano, sendo obrigatória a atualização anual dos documentos até 30 de abril de cada exercício, de acordo com o estabelecido na presente normatização.

**Art. 3º** Somente deverão requerer o Registro e Inscrever seus programas, projetos e serviços no Conselho Municipal do Idoso, 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 no Estatuto do Idoso – Lei n.º 10.741/2003.

**Art 4º.** Para a concessão do Registro às entidades, e Inscrição dos programas, projetos e serviços, de atendimento à pessoa idosa, devem ser observados todos os requisitos, consoante disposto no Estatuto do Idoso.

**Art 5º** Todas as entidades de longa permanência, ou casa-lar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada, conforme disposto no artigo 35 do Estatuto do Idoso:

§ 1º No caso de entidades filantrópicas, ou casa-lar, é facultada a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade.

§ 2º O Conselho Municipal do Idoso estabelece a forma de participação prevista no § 1º, que não poderá

exceder a 70% (setenta por cento) de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso.

§ 3º Se a pessoa idosa for incapaz, caberá a seu representante legal firmar o contrato a que se refere o **caput** deste artigo.

**Art 6º** As entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, observadas as normas de planejamento e execução emanadas do órgão competente da Política Nacional do Idoso, conforme a Lei nº 8.842, de 1994, conforme disposto no artigo 48 do Estatuto do Idoso.

Parágrafo único. As entidades governamentais e não-governamentais de assistência ao idoso ficam sujeitas à inscrição de seus programas, junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e Conselho Municipal da Pessoa Idosa, e em sua falta, junto ao Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa, especificando os regimes de atendimento, observados os seguintes requisitos:

I - oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança;

II - apresentar objetivos estatutários e plano de trabalho compatíveis com os princípios desta Lei;

III - estar regularmente constituída;

IV - demonstrar a idoneidade de seus dirigentes.

V - As Entidades Não Governamentais, sem fins lucrativos e fundações, devem ainda, observar as disposições estabelecidas pelo Conselho Municipal de Assistência Social – COMASO de Vera Cruz.

**Art 7º.** As Entidades que desenvolvam programas de institucionalização de longa permanência adotarão os seguintes princípios, conforme disposto no artigo 49, do Estatuto do Idoso:

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.

Parágrafo único – O dirigente de Entidade prestadora de atendimento ao idoso responderá civil e criminalmente pelos atos que praticar em detrimento do idoso, sem prejuízo das sanções administrativas.

**Art 8º.** Constituem obrigações das Entidades de atendimento, conforme disposto no artigo 50 do Estatuto do Idoso:

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, psico educacionais, 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 a autoridade competente de saúde toda ocorrência de pessoa idosa portadora de doenças infectocontagiosas;

XV – Providenciar ou solicitar que o Ministério Público requirite 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 do idoso, 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.

**Art 9º.** Para solicitar o pedido de Registro e Inscrição de seus programas, projetos e serviços, no Conselho Municipal do Idoso, a Entidade deverá encaminhar os seguintes documentos:

#### **A) ENTIDADES NÃO GOVERNAMENTAIS, SEM FINS LUCRATIVOS:**

I – Requerimento de Registro fornecido pelo Conselho Municipal do Idoso, conforme Anexo I devidamente preenchido, datado e assinado pelo Representante Legal da Entidade;

II – Cópia do alvará de localização e funcionamento, devidamente atualizado, ou ainda, protocolo do mesmo, expedido pelo Município;

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 – Alvará do Corpo de Bombeiros, atestando as condições das instalações oferecidas;

VI – Formulário de Registro que disponibiliza as informações sobre a Entidade, fornecido pelo COMPEI, conforme Anexo II e Subanexo II - A, devidamente preenchido, datado e assinado pelo Representante Legal da Entidade, que deverá rubricar todas as folhas;

VII – Cópia do comprovante de Inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social de Vera Cruz/Rio Grande do Sul, quando houver;

VIII – Apresentação de modelo do contrato de prestação de serviço com o idoso, de acordo com que preceitua o Estatuto do Idoso, em seu artigo 50, I;

IX – Plano de Trabalho anual, com os respectivos programas, projetos e serviços de atendimento, conforme os Anexos III (Formulário para Inscrição de Programa) e IV (Orientações para elaboração de proposta anual de trabalho);

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

XI – Cópia do Estatuto Social atualizado, devidamente registrado em Cartório;

XII – Relação dos atendidos com nome/RG ou CPF/fonte de renda do idoso, em ordem alfabética;

XIII – Declaração apresentada pela Entidade demonstrando o percentual contratado com o idoso, para utilização no custeio da Entidade;

XIV – Relatório de Atividades e Avaliação do exercício anterior, conforme modelo previsto no Anexo V, devidamente assinado pelo Técnico e pelo Representante Legal da Entidade.

XV - demonstrar a idoneidade de seus dirigentes.

§ 1º. Os dirigentes deverão apresentar Declaração de Antecedentes Criminais.

§ 2º. A entidade deverá apresentar Certidões Negativas, de âmbito Estadual, Federal, Cível e Criminal.

#### **B) ENTIDADES NÃO GOVERNAMENTAIS, COM FINS LUCRATIVOS:**

I – Requerimento de Registro fornecido pelo Conselho Municipal do Idoso, conforme Anexo I, devidamente preenchido, datado e assinado pelo Representante Legal da Entidade;

II – Cópia do alvará de localização e funcionamento, devidamente atualizado, ou ainda, protocolo do mesmo, expedido pelo Município;

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 – Alvará do Corpo de Bombeiros, atestando as condições das instalações oferecidas;

VI – Formulário de Registro que disponibiliza as informações sobre a Entidade, fornecido pelo COMPEI, consoante o Anexo II e Subanexo II -B 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 o idoso, em conformidade com o que preceitua o Estatuto do Idoso, em seu artigo 50, I;

VIII – Plano de Trabalho anual, com os respectivos programas/serviços/projetos de atendimento, conforme os Anexos III (Formulário para Inscrição de Programa) e IV (Orientações para elaboração de proposta anual de trabalho);

IX – Cópia do Contrato Social e alterações se houver devidamente registrados na Junta Comercial;

XI – Relação dos atendidos com nome/RG ou CPF/fonte de renda do idoso;

XII – Declaração da Entidade do percentual estabelecido com o idoso para utilização no custeio da entidade;

XIII – Relatório de Atividades e Avaliação do exercício anterior, quando houver, de acordo com o Anexo V, devidamente assinado pelo Técnico e pelo Representante Legal da Entidade.

XIV - demonstrar a idoneidade de seus dirigentes.

§ 1º. Os dirigentes deverão apresentar Declaração de Antecedentes Criminais.

§ 2º. A entidade deverá apresentar Certidões Negativas, de âmbito Estadual, Federal, Cível e Criminal.

**C) ENTIDADES GOVERNAMENTAIS (PROJETOS, PROGRAMAS E SERVIÇOS DE ATENDIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BÁSICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO):**

I – Requerimento de Registro fornecido pelo Conselho Municipal do Idoso, conforme Anexo I, 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 – Alvará 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 para Inscrição de Programa) e IV (Orientações para elaboração de proposta anual de trabalho);

V – Relatório de atividades e Avaliação do exercício anterior, conforme Anexo V, devidamente assinado pelo Técnico e pelo Representante Legal da Entidade;

**Art 10.** Os pedidos de Registro e Inscrição deverão ser direcionados ao Conselho Municipal do Idoso de Vera Cruz, e apresentados diretamente na Secretaria Executiva dos Conselhos, situada na Prefeitura Municipal de Vera Cruz,

I – Até o último dia útil do mês de abril.

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.

**Art. 11.** Os serviços prestados pela Secretaria Executiva dos Conselhos e pelo próprio Conselho Municipal do Idoso são inteiramente gratuitos, não sendo necessária a contratação de terceiros para tratar de assuntos de interesse da Entidade, bem como relativos ao processo de solicitação de Registro e Inscrição junto a esse órgão.

**Art 12.** A Entidade Governamental ou Não Governamental poderá solicitar vistas do processo, por meio de ofício dirigido ao Conselho Municipal do Idoso, que no prazo de 60 dias úteis enviará a resposta à requerente.

**Art 13.** 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 do Idoso, 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 do Idoso;

III – Atender criteriosamente, o estabelecido no artigo 1º, parágrafo único, da presente Resolução Normativa.

IV – Anualmente realizar a renovação junto ao COMPEI até o dia 30 de abril.

**Art 14.** O Conselho Municipal do Idoso efetuará visitas e verificará a execução dos projetos, programas e serviços, o atendimento e a atuação junto à pessoa idosa, conforme disposto no Estatuto do Idoso, nos moldes do Roteiro de Visita – Avaliação da Entidade, de acordo com o Anexo VI.

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

**Art 15.** A realização da visita é condicionante para a emissão do parecer conclusivo na análise do processo, presente no Anexo VIII, sem a qual não será emitido o Certificado no Conselho Municipal do Idoso.

**Art 16.** É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

**Art. 17.** O Registro da entidade, programas, projetos e serviços, se efetivara após análise do COMPEI e emitir resolução de registro.

**Art.18.** Esta resolução revoga as anteriores que tratam sobre esse assunto.

**Art.19.** Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação no Quadro de Atos da Prefeitura Municipal de Vera Cruz - RS.

Vera Cruz, 25 de outubro de 2018.

**ROSANA MARISA DE LARA**  
**Conselheiro Presidente do COMPEI**

**CONSELHO MUNICIPAL DA PESSOA IDOSA DE VERA CRUZ**

**ANEXO I**

**REQUERIMENTO DE REGISTRO  
ENTIDADES GOVERNAMENTAIS E NÃO GOVERNAMENTAIS**

( ) Registro.

( ) Renovação de Registro.

Eu, \_\_\_\_\_, representante legal da  
\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (nome da instituição) situada  
na \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, município de  
\_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF sob o nº  
\_\_\_\_\_, venho REQUERER a Vossa Senhoria, o **Registro ou Renovação de Registro** no COMPEI, com  
base na Lei Federal n.º 10.741, de 1º de Outubro de 2003 - Estatuto do Idoso, em seu art. 48, parágrafo único, para o exame  
e julgamento do pleito.

Declaro estar ciente das normas e exigências fixadas por este Conselho, conforme a Resolução nº 002/2018 e  
que todas as informações prestadas e documentos anexados são verdadeiros.

Vera Cruz, \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Nome*  
*Assinatura do Presidente/Gestor da Entidade*

CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO DE VERA CRUZ

ANEXO II

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE ENTIDADES

( ) Entidade Não Governamental

( ) Entidade Governamental – Projetos, Programas e serviços de atendimento das Políticas Públicas Básicas de Atenção ao Idoso

**Informações sobre a entidade**

1. Razão Social:		Nº COMPEI:
Nome Fantasia:	Data Fundação:	Nº CNPJ:
Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:
Telefone:	Fax:	E-mail:
2. Patrimônio: a) Situação do Imóvel: ( ) próprio ( ) alugado ( ) cedido ( ) comodato - período de comodato: _____ b) Área construída: _____ m <sup>2</sup> c) Área total: _____ m <sup>2</sup> d) Equipamentos: ( ) adequado ( ) inadequado e) Veículos: ( ) sim – quantidade: ____ ( ) não f) Alvará de licenciamento sanitário: ( ) sim – n.º _____ ( ) não g) Alvará de licenciamento emitido pelo Corpo de Bombeiros: ( ) sim – n.º _____ ( ) não		
3. Natureza Jurídica: ( ) filantrópica ( ) privada ( ) pública ( ) mista		
4. Dados do Responsável: ( ) proprietário ( ) diretor ( ) administrador Nome: _____ RG: _____ CPF: _____ Grau de escolaridade: ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio ( ) Ensino Superior; Carga horária semanal: _____ N. do Registro Profissional, se houver: _____		
5. Total de idosos atendidos: a) Masculino: _____ b) Feminino: _____		
6. Área(s) de atuação: (se for o caso, marque mais de uma opção) ( ) Habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência ( ) Promoção da integração no mercado de trabalho ( ) Orientação e apoio sociofamiliar ( ) Acolhimento Institucional ( ) Outros (especifique): _____		

7. A entidade atua em outras cidades?

( ) sim – qual(is): \_\_\_\_\_ ( ) não;

8. Recursos Financeiros:

( ) Doação de associados - valor médio mensal \_\_\_\_\_

( ) Doações externas - valor médio mensal \_\_\_\_\_

( ) Cobrança pelo serviço prestado - valor médio mensal \_\_\_\_\_

( ) Promoções próprias - valor médio mensal \_\_\_\_\_

( ) Percepção de benefício - valor médio mensal \_\_\_\_\_

( ) Repasse Municipal - valor médio mensal \_\_\_\_\_

( ) Repasse Estadual - valor médio mensal \_\_\_\_\_

( ) Repasse Federal - valor médio mensal \_\_\_\_\_

( ) outros, especificar: \_\_\_\_\_ - valor médio mensal \_\_\_\_\_

Nome completo:

Assinatura:

Data do Preenchimento:

**CONSELHO MUNICIPAL DA PESSOA IDOSA  
COMPEI VERA CRUZ**

**SUBANEXO II - A**

**FICHA DE INSCRIÇÃO DE PROGRAMAS E DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA – OSC**

*De acordo com o artigo 48 do Estatuto do Idoso as entidades não-governamentais estão sujeitas a inscrição de seus programas nos Conselhos do Idoso.*

**I. Dados Cadastrais**

**1. Identificação da Instituição**

Nome da Instituição: .....

*Preencher com o nome da Entidade que estiver inscrevendo seus serviços.*

*Preencher com o nome da entidade mantenedora se for o caso. Ex: Sociedade Humanitária Padre Cacique, entidade mantida: Asilo Padre Cacique.*

Nome Fantasia: .....

*Em se tratando de instituições não-governamentais, privadas ou filantrópicas, preencher com o nome da entidade mantida que é a executora do programa ou serviço. Ex: Asilo Padre Cacique.*

Número de Inscrição no COMPEI: .....

*A numeração é seqüencial: a primeira entidade será nº 001, a próxima 002; não altera com a renovação, portanto, a mesma entidade terá sempre o mesmo nº.*

*Obs: não iniciar nova numeração a cada ano.*

*Manter o registro da inscrição do programa ou serviço, com a numeração seqüencial, em um único documento, como um livro por exemplo.*

*Fornecer um atestado comprovando a inscrição no Conselho, constando o nº de inscrição e o prazo de validade.*

Endereço: .....

*Preencher o endereço e demais dados abaixo da executora dos programas. Por exemplo, uma entidade executora com endereço diferente da mantenedora.*

Bairro: ..... CEP: .....

Cidade: ..... UF: .....

CNPJ: .....

Fone/Fax: .....

E-mail: ..... Site: .....

Início do Funcionamento: .....

Situação: regular ( ) Sim. ( ) Não. Obs: .....

.....

**2. Responsável**

**2.1. Administrativo**

Nome Completo: ..... Função: .....

Nº do Registro Profissional: .....

Contato: Fone ..... E-mail: .....

*Dados do representante legal da Entidade: presidente ou diretor, por exemplo.*

**2.2. Técnico**

Nome Completo: ..... Função: .....

Nº do Registro Profissional: .....

Contato: Fone ..... E-mail: .....

*Dados do coordenador do programa ou serviço.*

**3. Natureza Jurídica**

3.1. Pública ( )

3.2. Privada ( )

3.2.1. Com fins lucrativos ( )

3.2.2. Sem fins lucrativos ( )

3.3. Segmento que representa:

3.3.1. Prestador de Serviços ( )





<b>6.3. Carteira do Idoso</b>							
<b>6.4. Atendimento Domiciliar</b>							
<b>6.5. Visita domiciliar</b>							
<b>6.6. Plantão Social</b>							
<b>6.7. Atendimento Psicossocial</b>							
6.7.1. Individual							
6.7.2. Grupal							
<b>6.8. Cadastramento dos idosos pelo ESF</b>							
<b>6.9. Identificação, notificação de violência</b>							
<b>6.10. Consultas</b>							
<b>6.11. Programa de Ações Educativas</b>							
6.11.1. Alfabetização							
6.11.2. Educação de jovens e adultos							
6.11.3. Inclusão digital							
6.11.4. Outros: .....							
<b>6.12. Programa de Recreação, Esporte e Lazer</b>							
6.12.1. Caminhadas orientadas							
6.12.2. Jogos adaptados							
6.12.3. Atividades físicas							
6.12.4. Núcleo Vida Saudável (ME)							
6.12.5. Passeios							
6.12.6. Outros .....							
<b>6.13. Outros</b>							

## 7. Promoção e Proteção de Atenção Especial

Serviços	Atendimento					Nº Carga horária mensal	Nº idosos
	Diário	Sem.	Quinz.	Mensal	Eventual		
7.1. Atendimento asilar							
7.2. Casa-Lar							
7.3. Condomínio							
7.4. República							
7.5. Moradias provisórias para adultos e idosos (albergue e casa de passagem)							
7.6. Centro de Cuidados Diurno/ Centro Dia, Hospital-Dia							
7.7. Apoio Sócio-Familiar ao Idoso							

7.8. Internação domiciliar							
7.9. Outros: .....							

### III. Recursos Humanos

#### 8. Profissionais de Nível Superior

Profissionais	Serviços Próprios				Serviço Conveniado
	Nº Contratados	Nº Voluntários	Nº Cedidos	Nº Estagiários	
8.1. Médico					
8.2. Psicólogo					
8.3. Odontólogo					
8.4. Assistente Social					
8.5. Terapeuta Ocupacional					
8.6. Fonoaudiólogo					
8.7. Nutricionista					
8.8. Enfermeiro					
8.9. Fisioterapeuta					
8.10. Educador Físico					
8.11. Professor					
8.12. Outros .....					

#### 9. Profissionais de Nível Médio ou Técnico

Profissionais	Número De Profissionais			
	Nº contratados	Nº contratados	Nº contratados	Nº contratados
9.1. Técnico em enfermagem				
9.2. Auxiliar de enfermagem				
9.3. Recreacionista				
9.4. Professor				
9.5. Outros: .....				

#### 10. Documentação referente ao idoso:

10.1. Prontuário individual do idoso:

10.1.1. Sim ( ) (anexar modelo)

10.1.2. Não ( )

10.2. Contrato de prestação de serviços:

10.2.1. Sim ( ) (anexar modelo)

10.2.2. Não ( )

10.3. Ficha cadastral com dados pessoais e familiares:

10.3.1. Sim ( ) (anexar modelo)

10.3.2. Não ( )

**11. Documentação referente à entidade (anexar):**

**“Art. 9º - A, da Resolução N° 02/2018”**

**Vera Cruz, data**  
**Assinatura do responsável**

**CONSELHO MUNICIPAL DA PESSOA IDOSA  
COMPEI VERA CRUZ**

**SUBANEXO II - B**

**FICHA DE INSCRIÇÃO DE PROGRAMAS E DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA – OG**

*De acordo com o artigo 48 do Estatuto do Idoso as entidades governamentais estão sujeitas a inscrição de seus programas nos Conselhos do Idoso.*

**I. Dados Cadastrais**

**1. Identificação da Instituição**

Nome da Instituição: .....

*Preencher com o nome da Entidade ou da Secretaria Municipal que estiver inscrevendo seus serviços.*

Nome Fantasia: .....

*Preencher com o nome da entidade que é a executora do programa ou serviço..*

*Nos casos de Secretarias Municipais pode ser preenchido com o nome da Coordenadoria da Pessoa Idosa, por exemplo.*

Número de Inscrição no COMPEI: .....

*A mesma entidade terá sempre o mesmo nº.*

Endereço: .....

*Preencher o endereço e demais dados abaixo da executora dos programas. Por exemplo, uma coordenadoria pode ter endereço diferente da Secretaria Municipal*

Bairro: ..... CEP: .....

Cidade: ..... UF: .....

CNPJ: .....

Fone/Fax: .....

E-mail: ..... Site: .....

Início do Funcionamento: .....

Situação: regular ( ) Obs: .....

**2. Responsável**

**2.1 Administrativo**

Nome Completo:..... Função: .....

Nº do Registro Profissional: .....

Contato: Fone .....E-mail: .....

*Dados do representante legal da Entidade: secretário municipal, presidente ou diretor, por exemplo.*

**2.2 Técnico**

Nome Completo:..... Função: .....

Nº do Registro Profissional: .....

Contato: Fone .....E-mail: .....

*Dados do coordenador do programa ou serviço.*

**3. Natureza Jurídica**

3.1 Pública ( )

3.2 Outra. Especificar: .....

**4. Fonte Principal de Recursos Financeiros**

*(considerar a receita com a qual são mantidos continuamente os programas e serviços)*

4.1 Recurso Próprio ( )

4.2 Entidade Mantenedora ( )

4.3 Convênios

*(requer a formalização e assinatura de instrumento legal)*

4.3.1.Municipal ( )

4.3.2.Estadual ( )

4.3.3. Federal ( )

4.4 Doações

4.4.1 Pessoas Físicas ( )

4.4.2 Pessoas Jurídicas ( )

4.5 Participação das três esferas de governo ( )

*(é a forma de financiamento dos programas governamentais)*

4.6 Outra(s). Especificar: .....

4.7 N° de pessoas a serem atendidas:

*(corresponde a capacidade de atendimento de uma entidade ou a demanda de pessoas por um determinado serviço independente do que for efetivamente atendido)*

4.8 Masculino:

4.8.1 60 a 64 anos – N° ..

4.8.2 65 a 69 anos – N° .....

4.8.3 70 a 74 anos – N° .....

4.8.4 75 a 79 anos – N° .....

4.8.5 80 a 84 anos – N° .....

4.8.6 85 a 89 anos – N° .....

4.8.7 90 a 94 anos – N° .....

4.8.8 95 e mais – N° .....

4.8.9. Total: .....

4.9 Feminino

4.9.1 60 a 64 anos – N° .....

4.9.2 65 a 69 anos – N° .....

4.9.3 70 a 74 anos – N° .....

4.9.4 75 a 79 anos – N° .....

4.9.5 80 a 84 anos – N° .....

4.9.6 85 a 89 anos – N° .....

4.9.7 90 a 94 anos – N° .....

4.9.8 95 e mais – N° .....

4.9.9. Total: .....

4.10 Total Geral: .....

**II. Caracterização dos Programas e Serviços**

*(considerar apenas o programa ou serviço voltado à pessoa idosa que está sendo desenvolvido pela entidade)*

*No atendimento assinalar com um x a frequência com a qual o serviço é prestado.*

*Na carga horária considerar em n° o total de horas.*

**5. Promoção e Proteção de Atenção Básica**

Serviços	Atendimento						
	Diário	Semana 1	Quinz.	Mensal	Eventual	Carga horária mensal (n°)	n° idosos
5.1 Grupo de Convivência N° Grupos:							
5.2 Centro de Convivência N° Centros:							
5.3 Carteira do Idoso							
5.4 Atendimento Domiciliar							
5.5 Visita domiciliar							
5.6 Plantão Social							
5.7 Atendimento Psicossocial							

5.8 Assistência Farmacêutica Básica							
5.9 Grupos de Educação em Saúde Nº Equipes: ..... Nº Grupos: .....							
5.10 Exames complementares Diagnóstico							
5.11 Exames Especializados							
5.12 Grupos de cuidados diários com a cavidade bucal							
5.13 Consultas e avaliação, tratamento e colocação de prótese							
5.14 Estratégia de saúde da família (ESF/ UBS) Nº Equipes: .....							
5.15 Cadastramento dos idosos pelo ESF							
5.16 Caderneta de saúde							
5.17 Saúde mental – UBS e CAPS							
5.18 Identificação, notificação de violência							
5.19 Consultas							
<b>5.20 Programa de Prevenção ao Câncer</b>							
5.20.1 Boca							
5.20.2 Mama							
5.20.3 Útero							
5.20.4 Próstata							
5.20.5 Outros:.....							
<b>5.21 Programa de Imunização</b>							
5.21.1 Vacina tétano							
5.21.2 Vacina influenza							
5.21.3 Vacina pneumocócica							
5.21.4 Outros .....							





6.3 Condomínio							
6.4 República							
6.5 Moradias provisórias para adultos e idosos (albergue e casa de passagem)							
6.6 Centro de Cuidados Diurno/ Centro Dia, Hospital-Dia							
6.7 Centro de Referência							
6.8 Assist. farmacêutica especial							
6.9 Apoio Sócio-Familiar ao Idoso							
6.10 Internação domiciliar							
<b>6.11 Programa de Assistência em Órteses e Próteses</b>							
6.11.1 Próteses dentárias							
6.11.2 Próteses auditivas							
6.11.3 Óculos							
6.11.4 Sondas e dietas							
6.11.5 Outras:.....							
<b>6.12 Outros serviços. Quais:</b> .....							

### III. Recursos Humanos

#### 7. Profissionais de Nível Superior

Profissionais	Número de profissionais				Serviço Conveniado
	Nº contratados	Nº voluntários	Nº cedidos	Nº estagiários	
7.1 Médico					
7.2 Psicólogo					
7.3 Odontólogo					
7.4 Assistente Social					
7.5 Terapeuta Ocupacional					
7.6 Fonoaudiólogo					

7.7 Nutricionista					
7.8 Enfermeiro					
7.9 Fisioterapeuta					
7.10 Educador Físico					
7.11 Professor					
7.12. Outros .....					

### 8. Profissionais de Nível Médio ou Técnico

Profissionais	Número de profissionais			
	Nº contratados	Nº voluntários	Nº cedidos	Nº estagiários
8.1 Técnico em Enfermagem				
8.2 Auxiliar de Enfermagem				
8.3 Recreacionista				
8.4 Professor				
8.5 Outros: .....				

### 9. Documentação referente ao idoso:

9.1 Prontuário individual do idoso:

9.1.1 Sim ( ) (anexar modelo)

9.1.2 Não ( )

9.2 Ficha cadastral com dados pessoais e familiares

9.2.1 Sim ( ) (anexar modelo)

9.2.2 Não ( )

Município, data

Assinatura do responsável pelas informações

**CONSELHO MUNICIPAL DA PESSOA IDOSA DE VERA CRUZ**

**ANEXO III**

**Formulário para Inscrição de:**

**Entidade Não Governamental**

**Entidade Governamental – Projetos, Programas e serviços de atendimento das Políticas Públicas Básicas de Atenção ao Idoso**

Nome da Entidade ou Departamento responsável:		Nº COMPEI
Endereço da execução do Programa (Rua, Av. Praça):		Número – complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:
Telefone:	Fax:	E-mail:

**Programa**

Nome:
Área(s) de atuação: (se for o caso, marque mais de uma opção) <input type="checkbox"/> Habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência <input type="checkbox"/> Promoção da integração no mercado de trabalho <input type="checkbox"/> Orientação e apoio sociofamiliar <input type="checkbox"/> Acolhimento Institucional <input type="checkbox"/> Outros (especifique):
Atividades desenvolvidas no programa:
Capacidade de atendimento: _____ Total de idosos atendidos no programa: Masculino: _____ Feminino: _____

**Profissionais que trabalham na instituição (ex. Enfermeiro, Assistente Social, Psicólogo, etc.)**

Nome	Formação	Função	Vínculo	Carga Horária



## ANEXO IV

### ORIENTAÇÕES PARA ELABORAÇÃO DE PROPOSTA ANUAL DE TRABALHO

De acordo com a Resolução que dispõe sobre o Registro de Entidades Governamentais e Não Governamentais, com ou sem fins lucrativos, e Inscrição de seus Programas junto ao Conselho Municipal do Idoso, a proposta de trabalho apresentada pela entidade deve conter a fundamentação conceitual sobre o trabalho desenvolvido, público alvo, informações sobre recursos humanos, físicos e financeiros e o plano de ação em vigor.

#### **Roteiro para elaboração de trabalho**

<b>1. Identificação:</b> Nome da instituição executora: CNPJ: Endereço (sede e unidades) – (rua, bairro, tel., e-mail): Nome do programa: Responsável pelo programa:
<b>2. Antecedentes e justificativas:</b> <i>Descrever a história de criação do programa, os princípios que o fundamentam, e a demanda que justificou sua implantação, bem como o número de idosos que serão favorecidos.</i>
<b>3. Objetivos:</b> <i>Descrever quais os objetivos gerais e específicos do programa.</i>
<b>4. Público Atendido:</b> <i>Descrever a caracterização dos idosos atendidos.</i>
<b>5. Recursos materiais e Aspectos físicos:</b> <i>Descrever o detalhamento de materiais e equipamentos que são utilizados para execução do programa, bem como as características do espaço físico em que as atividades vão acontecer.</i>
<b>6. Recursos Financeiros:</b> <i>Descrever o orçamento do programa, com respectivas fontes de recursos (doação, convênios, bazar, etc.).</i>
<b>7. Recursos Humanos:</b> <i>Descrever o quadro de pessoal envolvido na execução do atendimento: educadores, técnicos, equipe de apoio e/ou voluntários, especificando as funções e vínculos.</i>
<b>8. Metodologia:</b> <i>Descrever a forma como são desenvolvidas as atividades do programa de maneira a alcançar os objetivos propostos pela ação. Itens importantes para essa descrição:</i> <ol style="list-style-type: none"><li><i>1. critérios de admissão de idosos ou famílias no programa;</i></li><li><i>2. atividades realizadas pelo programa, mencionando a frequência e o número de pessoas atendidas com suas respectivas faixa etária e período de atendimento.</i></li><li><i>3. parcerias;</i></li><li><i>4. forma de interação com a família e com a comunidade;</i></li><li><i>5. forma de interlocução com outras esferas (fóruns, atores do sistema de garantias dos direitos etc.).</i></li></ol>
<b>9. Avaliação:</b> <i>Contém as formas de avaliação das ações desenvolvidas pelo programa.</i>

## ANEXO V

### RELATÓRIO DE ATIVIDADES E AVALIAÇÃO DO EXERCÍCIO ANTERIOR

*Neste relatório devem ser descritos o que de fato aconteceu no ano anterior.*

*O Responsável Técnico pela Entidade deve relatar as atividades desenvolvidas no exercício anterior bem como realizar avaliação dos resultados obtidos com as atividades desenvolvidas, especificando os indicadores definidos para avaliação, assim como as metas atingidas ou não durante o exercício.*

#### **I. Dados Cadastrais**

##### **1. Identificação da Instituição**

Nome da Instituição: .....

*Preencher com o nome da Entidade ou da Secretaria Municipal que estiver inscrevendo seus serviços.*

Nome Fantasia: .....

*Preencher com o nome da entidade que é a executora do programa ou serviço..*

*Nos casos de Secretarias Municipais pode ser preenchido com o nome da Coordenadoria da Pessoa Idosa, por exemplo.*

Número de Inscrição no COMPEI: .....

*A mesma entidade terá sempre o mesmo nº.*

Endereço: .....

*Preencher o endereço e demais dados abaixo da executora dos programas. Por exemplo, uma coordenadoria pode ter endereço diferente da Secretaria Municipal*

Bairro: ..... CEP: .....

Cidade: ..... UF: .....

CNPJ: .....

Fone/Fax: .....

E-mail: ..... Site:.....

Início do Funcionamento: .....

Situação: regular ( ) Obs: .....

##### **2. Responsável**

###### **2.1 Administrativo**

Nome Completo:..... Função: .....

Nº do Registro Profissional: .....

Contato: Fone .....E-mail: .....

*Dados do representante legal da Entidade: secretário municipal, presidente ou diretor, por exemplo.*

###### **2.2 Técnico**

Nome Completo:..... Função: .....

Nº do Registro Profissional: .....

Contato: Fone .....E-mail: .....

*Dados do coordenador do programa ou serviço.*

##### **3. Natureza Jurídica**

3.1 Pública ( )

3.2 Outra. Especificar: .....

##### **4 Fonte Principal de Recursos Financeiros**

*(considerar a receita com a qual foram mantidos continuamente os programas e serviços)*

4.1 Recurso Próprio ( )

4.2 Entidade Mantenedora ( )

4.3 Convênios

*(requer a formalização e assinatura de instrumento legal)*

4.3.1. Municipal ( )

4.3.2. Estadual ( )

4.3.3. Federal ( )

4.4 Doações



5.8 Assistência Farmacêutica Básica							
5.9 Grupos de Educação em Saúde Nº Equipes: ..... Nº Grupos: .....							
5.10 Exames complementares. Diagnóstico							
5.11 Exames Especializados							
5.12 Grupos de cuidados diários com a cavidade bucal							
5.13 Consultas e avaliação, tratamento e colocação de prótese							
5.14 Estratégia de saúde da família (ESF/ UBS) Nº Equipes: ....							
5.15 Cadastramento dos idosos pelo ESF							
5.16 Caderneta de saúde							
5.17 Saúde mental – UBS e CAPS							
5.18 Identificação, notificação de violência							
5.19 Consultas							
<b>5.20 Programa de Prevenção ao Câncer</b>							
5.20.1 Boca							
5.20.2 Mama							
5.20.3 Útero							
5.20.4 Próstata							
5.20.5 Outros:.....							
<b>5.21 Programa de Imunização</b>							
5.21.1 Vacina tétano							
5.21.2 Vacina influenza							
5.21.3 Vacina pneumocócica							
5.21.4 Outros .....							





6.3 Condomínio							
6.4 República							
6.5 Moradias provisórias para adultos e idosos (albergue e casa de passagem)							
6.6 Centro de Cuidados Diurno/ Centro Dia, Hospital-Dia							
6.7 Centro de Referência							
6.8 Assist. farmacêutica especial							
6.9 Apoio Sócio-Familiar ao Idoso							
6.10 Internação domiciliar							
<b>6.11 Programa de Assistência em Órteses e Próteses</b>							
6.11.1 Próteses dentárias							
6.11.2 Próteses auditivas							
6.11.3 Óculos							
6.11.4 Sondas e dietas							
6.11.5 Outras: .....							
<b>6.12 Outros serviços:</b> .....							

### III. Recursos Humanos

#### 7. Profissionais de Nível Superior

Profissionais	Número de profissionais				Serviço Conveniado
	Nº contratados	Nº voluntários	Nº cedidos	Nº estagiários	
7.1 Médico					
7.2 Psicólogo					
7.3 Odontólogo					
7.4 Assistente Social					
7.5 Terapeuta Ocupacional					
7.6 Fonoaudiólogo					

7.7 Nutricionista					
7.8 Enfermeiro					
7.9 Fisioterapeuta					
7.10 Educador Físico					
7.11 Professor					
7.12. Outros .....					

### 8. Profissionais de Nível Médio ou Técnico

Profissionais	Número de profissionais			
	Nº contratados	Nº voluntários	Nº cedidos	Nº estagiários
8.1 Técnico em enfermagem				
8.2 Auxiliar de enfermagem				
8.3 Recreacionista				
8.4 Professor				
8.5 Outros: .....				

**Pautado na Lei no. 10.741/2003 e na Resolução da Diretoria Colegiada no. 283/2005 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.**

A avaliação deve ser realizada levando em conta, no mínimo, os seguintes indicadores:

### 9. Indicadores :

9.1. Taxa de mortalidade em percentual. (número de óbitos de idosos residentes durante o exercício anterior / Número de idosos residentes durante o exercício anterior \* 100 [%]);

9.2. Taxa incidência de doença diarreica aguda. (Número de novos casos de doença diarreica aguda em idosos residentes, durante o exercício anterior/Número de idosos residentes no exercício anterior \* 100 [%]);

9.3. Taxa de incidência de escabiose. (Número de novos casos de escabiose em idosos residentes durante o exercício anterior/número de idosos residentes durante o exercício anterior \*100 [%]);

9.4. Taxa de incidência de desidratação. (Número de idosos que apresentaram desidratação durante o exercício anterior/número de idosos residentes durante o exercício anterior \*100 [%]);

9.5. Taxa de prevalência de úlcera de decúbito. (Número de idosos que apresentaram úlcera de decúbito durante o exercício anterior/idosos residentes no exercício anterior \*100 [%]);

9.6. Taxa de prevalência de desnutrição. (Número de idosos que apresentaram desnutrição durante o exercício anterior / número de idosos residentes no exercício anterior \*100 [%]);

9.7. Taxa de prevalência de episódios psicopatológicos/psiquiátricos. (Número de idosos que apresentaram episódios psicopatológicos e psiquiátricos durante o exercício anterior/número de idosos residentes no exercício anterior \*100 [%]);

9.8. Número de residentes no exercício anterior com psicopatologias participando de tratamento em Saúde mental/Número de residentes no exercício anterior \*100 [%]);

9.9. Atividades lúdicas, físicas, esportivas, recreativas, psico educacionais, habilidades cognitivas, culturais, ocupacionais, comunitárias. Número de atividades (por item) realizadas mensalmente. Descrever as atividades realizadas com objetivos e indicadores.

9.10. A Instituição possui Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes contemplando, no mínimo 03 aspectos (acesso, resolubilidade e humanização), elaborado a cada dois anos, avaliado anualmente e implantado? O plano é compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade?

9.11. A instituição dispõe de rotinas e procedimentos escritos e implantados, referentes aos cuidados com os idosos? Quais?

### **ORIENTAÇÕES:**

**DOENÇA DIARRÉICA AGUDA:** Síndrome causada por vários agentes etiológicos (bactérias, vírus e parasitas), cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência. Com frequência, é acompanhada de vômito, febre e dor abdominal. Em alguns casos, há presença de muco e sangue. No geral, é autolimitada, com duração entre 2 e 14 dias. As formas variam desde leves até graves, com desidratação e distúrbios eletrolíticos, principalmente quando associadas à desnutrição prévia.

**ESCABIOSE:** parasitose da pele causada por um ácaro cuja penetração deixa lesões em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nos quais ele deposita seus ovos. As áreas preferenciais da pele onde se visualizam essas lesões são as regiões interdigitais, punhos (face anterior), axilas (pregas anteriores), região peri-umbilical, sulco interglúteo, órgãos genitais externos nos homens. Em idosos, podem também ocorrer no couro cabeludo, nas palmas e plantas. O prurido é intenso e, caracteristicamente, maior durante a noite, por ser o período de reprodução e deposição de ovos.

**DESIDRATAÇÃO:** (perda de água) Falta de quantidade suficiente de líquidos corpóreos para manter as funções normais em um nível adequado. Deficiência de água e eletrólitos corpóreos por perdas superiores à ingestão. Pode ser causadas por: ingestão reduzida (anorexia, coma e restrição hídrica); perda aumentada gastrointestinal (vômitos e diarreia), ou urinária (diurese osmótica, administração de diuréticos, insuficiência renal crônica e da suprarrenal), ou cutânea e respiratória (queimaduras e exposição ao calor).

**TAXA DE PREVALÊNCIA:** mede o número de casos presentes em um momento ou em um período específico; o numerador compreende os casos existentes no início do período de estudo, somados aos novos casos.

**DESNUTRIÇÃO:** Condição causada por ingestão ou digestão inadequada de nutrientes. Pode ser causada pela ingestão de uma dieta não balanceada, problemas digestivos, problemas de absorção ou problemas similares. É a manifestação clínica decorrente da adoção de dieta inadequada ou de patologias que impedem o aproveitamento biológico adequado da alimentação ingerida.

O relatório de atividades do exercício anterior deve conter, além dos indicadores da tabela acima, as atividades realizadas na instituição, bem como a avaliação destas com base nos objetivos e indicadores.

Nome do Responsável Técnico:

Profissão:

Função exercida na instituição:

Inscrição no registro de classe:

Assinatura do Responsável Técnico:

Local:

Data:

Município, data  
Assinatura do responsável pelas informações

## ANEXO VI

### **ROTEIRO DE VISITA - AVALIAÇÃO DA ENTIDADE**

(Para uso do COMPEI)

1. A Entidade possui área de serviço: ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

2. Possui almoxarifado: ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

3. Se possui cozinha: ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

4. Possui local para armazenamento de medicamentos: ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

5. A armazenagem de produtos de limpeza e tóxico é segura? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

6. Possui quantos banheiros? Fem. \_\_\_\_\_ Masc. \_\_\_\_\_.

7. Possui quantos banheiros adaptados? Fem. \_\_\_\_\_ Masc. \_\_\_\_\_.

8. A infraestrutura da Entidade atende as necessidades de acessibilidade da pessoa idosa?

( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

9. Quantos quartos a Entidade possui? Fem. \_\_\_\_\_ Masc. \_\_\_\_\_.

10. Há campainhas de emergência nos quartos? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

11. As rampas possuem antiderrapantes? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

12. Todos os locais são bem ventilados? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

13. Os ambientes possuem placas de identificação dos cômodos? ( ) Sim ( ) Não

Observações: \_\_\_\_\_

14. A Entidade oferece uma sala de recreação para os idosos? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

15. Há refeitório compatível com o número de idosos atendidos na Entidade? ( ) Sim ( ) Não

Observações: \_\_\_\_\_

16. Há uma sala para a equipe técnica desenvolver suas atividades? ( ) Sim ( ) Não

Observações: \_\_\_\_\_

17. A Entidade oferece um espaço para atividades de lazer e recreação em ambiente externo? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

18. Área verde: ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

19. A entidade tem água potável? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

20. A iluminação é suficiente? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

21. Há iluminação e sinalização de emergência? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

22. Há coleta diária de lixo? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

23. O local se encontra em condições adequadas de higiene? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

24. Em casa de janelas, portas e corredores altos, há grades protetoras? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

25. Há acesso para pessoas com deficiência? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

26. É feita uma seleção criteriosa das pessoas que trabalham ou prestam serviço voluntário na instituição no sentido de conhecer sua idoneidade e verificar suas boas condições emocionais? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

27. Há investimento permanente na formação das pessoas que trabalham na instituição?

( ) Sim ( ) Não. Observações: \_\_\_\_\_

28. A atenção dispensada aos familiares dos idosos é respeitosa e frequente?( ) Sim ( ) Não Observações:

\_\_\_\_\_

29. Há comercialização de produtos feitos pelos idosos? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

30. As atividades desenvolvidas com os idosos são compatíveis com a fase de desenvolvimento físico, mental, emocional e espiritual na qual se encontram?( ) Sim ( ) Não

Observações: \_\_\_\_\_

31. Quantidade de residentes no dia da avaliação? M:\_\_\_\_\_ F:\_\_\_\_\_

32. Existem residentes com menos de 60 (sessenta) anos? ( )Sim–M:\_\_\_\_\_ F:\_\_\_\_\_ ( )Não Observações:

\_\_\_\_\_

33. Quantidade de pessoas autônomas. M:\_\_\_\_\_ F: \_\_\_\_\_

34. Quantidade de pessoas com grau de dependência I (idosos independentes mesmo que usem equipamento de autoajuda).

M:\_\_\_\_\_ F:\_\_\_\_\_

35. Quantidade de pessoas com grau de dependência II (idosos com dependência em até três atividades da vida diária, tais como: alimentação, mobilidade, higiene, sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva alterada). M.\_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

36. Quantidade de pessoas com grau de dependência III (idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou comprometimento cognitivo). M\_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

37. A instituição realiza visita ao idoso/família antes de sua admissão? ( ) Sim ( ) Não. Observações:

\_\_\_\_\_

38. Há idosos com distúrbio cognitivo ou psiquiátrico? ( ) Sim – M\_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_( ) Não Observações:

\_\_\_\_\_

39. Há idosos que utilizam sonda para alimentação? ( ) Sim – M.\_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

40. Há idosos portadores de feridas crônicas? ( ) Sim – M\_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

41. Há idosos dependentes de oxigenoterapia? ( ) Sim – M\_\_\_\_\_ F\_\_\_\_\_ ( ) Não. Observações:

\_\_\_\_\_

42. Há idosos em ventilação mecânica? ( ) Sim – M\_\_\_\_\_ F\_\_\_\_\_ ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

43. Há idosos com sonda vesical ou coletor de urina? ( ) Sim – M\_\_\_\_ F\_\_\_\_ ( ) Não. Observações:

\_\_\_\_\_

44. Há idosos com diagnóstico ou tratamento de câncer? ( ) Sim – M\_\_\_ F\_\_( ) Não. Observações:

\_\_\_\_\_

45. Há idosos com diagnóstico ou tratamento de diarreias? ( ) Sim – M\_\_\_ F\_\_( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

46. Há idosos com diagnóstico ou tratamento de escabiose? ( ) Sim – M\_\_\_ F\_\_( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

47. Há idosos com diagnóstico ou tratamento de desidratação? ( ) Sim – M\_\_\_ F\_\_( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

48. Há idosos com diagnóstico ou tratamento de desnutrição? ( ) Sim – M\_\_\_ F\_\_( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

49. Há idosos com diagnóstico ou tratamento de diabetes? ( ) Sim – M\_\_\_ F\_\_( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

50. Há idosos com diagnóstico ou tratamento de hipertensão? ( ) Sim – M\_\_\_ F\_\_( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

51. Há idosos com diagnóstico ou tratamento de outra patologia.

( ) Sim. Qual: \_\_\_\_\_ – M\_\_\_\_\_ F\_\_\_\_\_ ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

52. Condições Gerais e Processos Operacionais:

a) A entidade celebra contrato escrito de prestação de serviços com o idoso, especificando o tipo de atendimento, as obrigações da entidade e prestações decorrentes do contrato, com os respectivos preços, se for o caso? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

b) A entidade fornece comprovante dos bens que receberam dos idosos? ( ) Sim ( ) Não. Observações:

\_\_\_\_\_

c) A entidade possui Estatuto registrado?

( ) Sim ( ) Não. Observações: \_\_\_\_\_

d) A entidade possui inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social? ( ) Sim ( ) Não. Observações:

\_\_\_\_\_

e) A entidade possui Regimento Interno? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

f) A entidade possui plano de emergência? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

g) Existe contrato formal com os seguintes serviços terceirizados? Citar o número do alvará de funcionamento da empresa terceirizada.

( ) Sim: ( ) Alimentação; ( ) Limpeza; ( ) Esterilização; ( ) Lavanderia;

( ) Outro. Especifique: \_\_\_\_\_ ( ) Não

N.º do alvará de funcionamento: \_\_\_\_\_

h) Se há prontuários individualizados de cada idoso onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições, e suas alterações, e suas alterações, e demais dados que possibilitem sua identificação e a individualização do atendimento? ( ) Sim ( ) Não.

Observações: \_\_\_\_\_

i) A entidade fornece alimentação de acordo com a recomendação nutricional? ( ) Sim ( ) Não. Observações:

j) A entidade promove atividades físicas, psicoeducacionais, cognitivas, esportivas, culturais e de lazer? ( ) Sim ( ) Não.  
Observações: \_\_\_\_\_

k) A entidade comunica à autoridade competente de saúde toda ocorrência de idoso portador de doenças infectocontagiosas?  
( ) Sim ( ) Não.  
Observações: \_\_\_\_\_

l) A entidade comunica o Ministério Público sobre situações de abandono moral ou material por parte dos familiares para as providências cabíveis? ( ) Sim ( ) Não.  
Observações: \_\_\_\_\_

m) A entidade realiza atendimento Individualizado? ou em grupos?( ) Sim ( ) Não. Observações:  
\_\_\_\_\_

n) A entidade realiza atendimento em grupos?( ) Sim ( ) Não.  
Observações: \_\_\_\_\_

o) A entidade possibilita que o idoso participe nas atividades comunitárias internas e externas?  
Internas: ( ) Sim ( ) Não.  
Observações: \_\_\_\_\_  
Externas: ( ) Sim ( ) Não.  
Observações: \_\_\_\_\_

Observações diversas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Representantes do Conselho Municipal Da Pessoa Idosa que realizaram a visita:**

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Representantes da entidade que acompanharam a visita:**

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Vera Cruz, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.



**ANEXO VII**

**ROTEIRO PARA ELABORAÇÃO DO PLANO DE MELHORIAS**

A ideia do Plano de Melhorias é demonstrar os aspectos pedagógicos e de infraestrutura onde existem deficiências e o plano da instituição/órgão executor para superá-las. Nele, devem constar metas, ações, os responsáveis por cada ação e os prazos para a conquista dos objetivos. Melhorias nas áreas de infraestrutura, recursos humanos e projeto pedagógico são alguns dos itens que podem estar presente no plano.

**Estrutura do Plano de Melhorias**

	<b>META</b>	<b>ACÃO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>PRAZO</b>
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

