
RESOLUÇÃO Nº 001/2023

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 Cocal do Sul e estabelece critérios para afiscalização das entidades cadastradas.

O Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Cocal do Sul, no uso de suas atribuições legais, conferidas pela Lei Municipal n.º 1.232, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2014 alterado pela Lei n.º 1.730, de 20 de outubro de 2022 e;

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

CONSIDERANDO que a Lei Federal n.º 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 Cocal do Sul, ficam sujeitas à fiscalização pelo Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Cocal do Sul,,Ministério Público e VigilânciaSanitária;

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

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 deacordo com o que preceitua a legislação supracitada, obedecerá ao disposto na presente Resolução Normativa.

Parágrafo único – O registro a ser concedido pelo Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa terá prazo de **validade de 2 (dois) anos, sendo obrigatória a atualização anual dos documentos até 30 de novembro de cada exercício**, de acordo com o estabelecido na presente resolução,conformeo artigo 10.

Artigo 2º. 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.º10.741/2003.

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.º 1.232, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2014 alterado pela Lei nº 1.730, de 20 de outubro de 2022);

III – Estar regularmente constituída conforme o artigo 6º

;IV – Demonstrar a idoneidade de seus dirigentes.

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

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

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

Artigo 4º. 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 a 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;

XIX – 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 toda ocorrência que envolva pessoa idosa portadora de doenças infecto contagiosas;

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 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 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 6º. 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 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 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;

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

VIII – 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)**;

IX – 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;

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 sobre 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;

VIII – 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);

IX – Cópia da Ata de Eleição e Posse da atual Diretoria, e qualificação da Diretoria devidamente registrada no Cartório;

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

XI – Relação da capacidade máxima que a entidade comporta, bem como a capacidade que está sendo utilizada;

XII – Relatório estatístico com o número de atendimentos mensais e idade predominante dos acolhidos;

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

XIV – 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;

XV – 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 do último ano (Anexo VI);

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

X **Artigo 7º.** Os pedidos de Registro de 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 de Cocal do Sul/SC.

I –Até o dia 30 de novembro, excepcionalmente no ano vigente.

II –Até o último dia útil do mês de março,apartir 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 8º. 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 como **Anexo VI (Roteiro de Visita)**.

Parágrafo Único – Caso o parecer da Comissão de Fiscalização 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 (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 12. 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 13. As visitas regulares acontecerão 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.

Artigo14. É vedada a destinação de recursos públicos para auxílio ou subvenções às Instituições privadas com fins lucrativos.

Cocal do Sul, 20 de Julho de 2023

Denise Leopoldo
Presidente CMDPI

ANEXO I

REQUERIMENTO DE REGISTRO DA ENTIDADE NO CMDPI

Senhor(a) Presidente do CMDI - Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Cocal do Sul, 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 001/2023 de ____ de julho de 2023 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.

Cocal do Sul, ____ de _____ de _____.

Assinatura representante legal da entidade

USO EXCLUSIVO DO CMDI	
Recebido: ____ / ____ / ____ Assinatura _____	Parecer da Comissão: _ _____ _____
	_____ _____
	_____ _____
	_____ _____
	Assinatura dos membros: _____ _____ _____ _____
Aprovado pela Assembleia Geral do CMI em: ____ / ____ / ____.	

ANEXO II

FORMULÁRIO DE REGISTRO NO CMDPI-CONSELHOMUNICIPAL DA PESSOA IDOSA

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE			
Denominação:			
Endereço:			
Número:	Bairro:	Município:	
Telefone:	Fax:	Estado:	
E-mail:			
CaixaPostal:	CEP:		
CNPJ:			
Natureza:	<input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada		
Orientação: <input type="checkbox"/> Religiosa <input type="checkbox"/> Leiga			
Localização: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural			
ASPECTOS LEGAIS			
Estatuto: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	RegimentoInterno: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
DatadaFundação:	RegistroemCartório:		
Número:	Folha:	Data:	
Atadeposedaatualdiretoria:	RegistroemCartório:		
Número:	Folha:	Data:	
Períododemandatodaatualdiretoria:De _____ / _____ / _____ até _____ / _____ / _____			
Possui: <input type="checkbox"/> RegistranoCMII <input type="checkbox"/> CertificadodeUtilidadePública <input type="checkbox"/> OutrosQuais? _____			
IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL			
Nome:			
CPF:	RG:		
TítulodeEleitorº:	Zona:		
Seção:Cargo:			
VigênciadoMandato:	Início: _____ / _____ / _____	Término: _____ / _____ / _____	
Endereço:			Número:
Bairro:	CEP:	Município:	

Telefone:	E-mail:
-----------	---------

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA ENTIDADE

Nome	Função	Documento

NOME DO PROJETO DE ATENÇÃO A PESSOA IDOSA:**FUNCIONAMENTO DO PROJETO**

()Diário()Semanal()Quinzenal()Mensal()Outros:

ATENDIMENTO AO PÚBLICO**PÚBLICO ATENDIDO**

()Feminino ()Masculino ()Misto

FORMA DE ATENDIMENTO

()Individual ()Grupo

PERIODICIDADE DE ATENDIMENTO

()Atendimento eventual()Atendimento continuado()Atendimento por tempo limitado

MODALIDADE DE ATENDIMENTO

()Instituição de Longa Permanência ()Casa-Lar()Grupos Especiais
()Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo e Grupo de Convivência, Arte e Lazer
()Outros. Especificar:

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()Ren
da Familiar
()Outros. Especificar:

ENFOQUE DO ATENDIMENTO

FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO	
Dias:	
Horários:	
ATIVIDADE PRINCIPAL	
<input type="checkbox"/> Assistência Social <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Cultura <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Lazer (<input type="checkbox"/> Outros Quais?	
OBJETIVO DA ENTIDADE COM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO A PESSOA IDOSA	
PLANEJAMENTO DAS AÇÕES	
<input type="checkbox"/> Plano de Trabalho ou Plano de Ação <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Inexistente <input type="checkbox"/> Plano Individual de Atendimento ao Usuário	
DESCREVA A FORMA DE MANUTENÇÃO E FINANCIAMENTO DA ENTIDADE	
<input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Federal <input type="checkbox"/> Promoções <input type="checkbox"/> Doações (Empresarial <input type="checkbox"/> % de rendado idosos pelo PBC <input type="checkbox"/> Mensalidade <input type="checkbox"/> Outros. Quais?	
RESUMO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA ENTIDADE A PESSOA IDOSA	

Assinado por Representante

Nome: _____

CPF: _____

Data: ____ / ____ / ____

--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. CARACTERIZAÇÃO DOS PROGRAMAS E SERVIÇOS

5.1 Profissionais de nível superior

Profissionais	Serviço próprio				Serviço conveniado
	Número de profissionais				
	Contrat.	voluntário	cedido	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()-anexo modelo NÃO()	Ficha cadastral com dados de pessoas e familiares SIM ()-anexo modelo NÃO()
--	--

PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO PROJETO

Vínculo*	Qtde	Função	Carga Horária	Qtde por turno		
				Matutino	Vespertino	Noturno

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

PARCEIROS	TIPO DE PARCERIA

Cocal do Sul, de de

Assinado pelo 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 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, estratégias são os caminhos escolhidos pela entidade para 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 aproximado 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 encaminhado ao Conselho com as devidas alterações.

ANEXOV

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 a finalidade da entidade. Podem ser descritos também os objetivos específicos.

2. ATIVIDADES, SERVIÇOS, PROGRAMAS E PROJETOS:

É fundamental que, em cada atividade desenvolvida pela entidade, contenha a descrição dos itens abaixo relacionados por área de atuação - Assistência Social, Educação e Saúde, quando houver - de todas as atividades/projetos/serviços/programas desenvolvidos no ano de análise.

- **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.

- **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;

- **QUANTIDADE DE PESSOAS ATENDIDAS:** Número total de pessoas que participaram das atividades/projetos/serviços/programas desenvolvidos pela entidade;
- **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;
- **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 assinada)
Pedagogo	1	8 horas	Voluntário
Pedagogos	2	40 horas	Celetista (com carteira assinada)
Educadores Sociais	10	40 horas	Celetista (com carteira assinada)

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

• **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.

• **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.

• **DESTACAR SE A ATIVIDADE É GRATUITA PARA OS USUÁRIOS.**

• **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 Cocal do Sul, 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 a diante identificada, onde foram colhidas as seguintes informações:

NOME DA INSTITUIÇÃO: _____

NOME FANTASIA: _____

1- MOTIVAÇÃO DA VISITA:

() Denúncia _____

() Rotina

() Provocação do CMAS

() Outros _____

2- CARACTERIZAÇÃO DA ENTIDADE DE ATENDIMENTO:

a) Nome da unidade visitada:

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Ponto de Referência: _____

Telefone: _____ Fax: _____

Email: _____

_____ Data da Fundação da In

stituição: ____ / ____ / ____

Nome do(a) Responsável Legal: _____ CPF n.º: _____ RG n.º _____

Órgão expedidor: _____

Qualificação e Formação Profissional: _____

Responsável Técnico: _____

N.º do reg.no Conselho de Classe _____

Data de expedição: _____

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

b) Nome da Entidade Mantenedora: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Ponto de Referência: _____

Telefone: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Nome e qualificação do Dirigente (Presidente, Diretor, etc.): _____

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

() Instituição de Longa Permanência

() Casa-Lar

() República (Vide definição na Portaria nº 73/01 do SEAS/MPAS, item 4)

4- CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO LEGAL DAS CONDIÇÕES BÁSICAS PARA FUNCIONAMENTO DA UNIDADE:

a) Número de Inscrição do CNPJ: _____

b) Número de Alvará de Localização e Funcionamento _____

c) Número de Alvará de Autorização Sanitária: _____

Data de expedição: ____ / ____ / ____.

d) Número de Registro no Conselho de Assistência Social: Estadual:

Municipal: _____

e) Possui registro no Conselho Idoso? () Sim () Não () Nacional

Estadual()

Municipal

Número do Registro: _____

f) Natureza Jurídica:

Filantrópico()

Particular

()

Municipal()

Estadual()

Federal

g) Decreto de Utilidade Pública:

Federal nº: _____

Estadual nº: _____

Municipal nº: _____

h) Possui Estatuto e/ou Regulamento Interno da Instituição? Sim Não

i) Possui livro de ocorrências diárias? Sim Não

5- CONVÊNIO E CONTRATOS:

a) Origem dos recursos financeiros para a manutenção da Unidade: 1-

Convênios governamentais:

Federal

Estadual()M

unicipal

Não possui

2- Mensalidade paga pelos idosos - valor: R\$ _____

3- Doações:

Comunidade

Entidades não governamentais

Outros_

Não recebe

b) A Entidade dá publicidade das prestações de contas dos recursos públicos e privados por ela recebidos, nos termos do art. 54 do Estatuto do Idoso?

Sim Não

c) A Instituição possui arquivado anotações de admissão individuais com dados de identificação do idoso, seus familiares, amigos ou responsável legal, seu endereço e motivo de seu abrigamento?

() Sim () Não

d) A Instituição possui relação dos pertencentes dos idosos e o valor de contribuição para a instituição? () Sim () Não

o

e) 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

m () Não

Especificar os idosos que ainda não celebraram referido contrato:

f) 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:

a) Idade exigida para admissão: _____

b) Existem pessoas com menos de 60 anos abrigadas? () Sim () Não. Quantas? _

__ Nome, data de nascimento e motivo:

c) Documentos pessoais:

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: _____

d) A Instituição providencia a imediata avaliação médica após o ingresso do idoso?

() Sim () Não

e) Recebe idosos dependentes para as atividades da vida diária? () Sim

() Não

f) Especificar a quantidade de idosos por dependência:

– Número de idosos com grau de dependência: _____

(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 auto-cuidado para a vida diária)

– Número de idosos com grau de dependência III: _____

(necessidade de assistência em todas as atividades de vida diária ou com comprometimento cognitivo)

g) 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:

a) Quantos idosos possuem renda? _____

b) Número de aposentados pelo INSS _____

Valor médio das aposentadorias: R\$ _____

c) Número de beneficiários da Assistência Social (Beneficiário de Prestação Continuada - BPC/LOAS - auxílio que não paga 13º)

d) Quantos idosos possuem outras fontes de renda? _____

e) Quantos idosos não possuem renda?

__ Identificar o idoso que não possui renda e especificar o motivo de cada um deles: _____

f) Quem recebe os benefícios dos idosos citados acima?

o

próprio idoso familiares

iliares

o curador do idoso

a instituição, com procuração a

instituição, sem procuração

8- CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE ATENDIMENTO VISITADA:

a) Número de vagas existentes para acolhimento: _____

__ Número de homens: _____

Númerodemulheres: _____

b) Númerodevagasocupadasnomomento: _____

Número dehomens: _____

Númerodemulheres: _____

c) ExistelistadeesperaparaingressonaEntidade?()Si

m

()Não

Relacionaronomeeenúmerodeidososnareferida
lista: _____

d) SituaçãoFamiliar dosIdosos:

Recebemvisitas?()

)Sim

()Não

()Raramente

Emcasodenãorecebevisitaourecebê-lararamente,especificaronomedoidosoeseconheceomotivodaausênciafamiliar:

e) AEntidadeprocuramanter,estabelecerefortalecerovínculodasfamíliascomosidosos?()Sim

()Não

f) Dequalmodopromoveoestabelecimentodessesvínculos? _____

g) AEntidadeestáabertaavisitas?()Si

m

()Não

Emcasonegativo,detalharomotivo: _____

h) Quaisosdiasehoráriosparavisitação? _____

i) Hácontroledesaidasdesidosos?()Si

m

()Não

j) PossuiLivrodeRegistrodeVisitas?

Sim

Não

9- Alimentação:

a) Procedência:

Doação()

Própria

Convênio/Qual? _____

b) 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

c) Número de refeições diárias: _____

d) Quais as refeições fornecidas? _____

e) Existem idosos que se alimentam através de sonda ou outro tipo de recurso? Sim

Não.

Quantos? _____

10- **VESTUÁRIO:** (em caso de Entidade pública, artigo 50, inciso III, do Estatuto do Idoso)

a) A Entidade fornece vestuário adequado ao idoso? Sim

Não

Não

b) A Entidade identifica as roupas de uso pessoal do idoso (artigo 50, inciso V, do Estatuto do Idoso)? Sim

Não

11- **RECURSOS HUMANOS** (ITEM 4.6.3 DA RESOLUÇÃO 283/05 DA ANVISA):

Funcionários:

a) Administrativos: _____

Quantos capacitados? _____

Responsável pela capacitação: _____

b) Auxiliares de enfermagem: _____

Quantos capacitados? _____

Responsável pela capacitação: _____

c) Cuidadores de idosos: _____

Quantos capacitados?

Responsável pela capacitação: _____

Data do último curso: _____

d) Serviços gerais: _____

Quantos capacitados? _____

Responsável pela capacitação: _____

e) Cozinheiros: _____

Quantos capacitados? _____

Responsável pela capacitação: _____

f) Voluntários _____

g) Outros: _____

12- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA UNIDADE:

a) Ocupacionais:

() Não possui()

Bordado

() Pintura

() Tapeçaria

() Outras _____

b) Educacionais:

() Não possui

() Alfabetização

c) Recreativas/Lazer/Cultura:

()

Passeios()

Bailes

() Música ()

Cinema()T

eatro

() Outros _____

d) Religiosas:

() Não possui

() Missas

() Grupo de oração ()

Cultos

() Outras _____

e) Esportivas:

() Não possui () C

aminhadas ()

Ginástica

() Outras _____

f) Festas comemorativas:

() Não possui ()

Natal

() Páscoa

() Aniversários

() Festa Junina ()

Padroeira

() Outras _____

g) Grupos de atividades sociais: ()

Sim

() Não.

Quais? _____

13- ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS IDOSOS:

a) Os medicamentos de uso continuado (básicos) são fornecidos gratuitamente pelo Centro de Saúde/SUS? () Sim

() Não.

Por quê? _____

Outras formas de aquisição de medicamentos: () D

oações

() Família

() Própria da Unidade () P

rópria do idoso

b) Possui Plano de Atenção Integral à Saúde dos Residentes (5.2.1 da RDC 283)? Sim

Não

c) 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

d) Unidades de Saúde procuradas nos casos de emergência e consultas médicas?

e) Quais procedimentos adotados em caso de emergência?

f) 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

g) Na ocorrência de queda com lesão ou tentativa de suicídio a instituição notifica imediatamente a autoridade sanitária local (item 6.2.6.2.1 e 6.2.2 da Resolução 283 da Anvisa)?

Sim

Não

h) A Instituição possui registro das intercorrências médicas de cada idoso? Sim

Não

i) Número de quedas com lesões nos últimos 06 (seis) meses: _____

j) Número de óbitos nos últimos 12 (doze) meses: _____

k) Número de suicídios ou tentativas de suicídios nos últimos 12 (doze) meses: _____

l) Há idosos passíveis de interdição?

Sim

Não

Informar relação: _____

Em caso de interditados, informar curador: _____

14- 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):

a) Assistência do Médico:

Não possui

Prefeitura/SUS()

Própria

Outros _____

b) Assistência do Psicólogo:

Não possui

Prefeitura/SUS()

Própria

Outros _____

c) Assistência do

Fisioterapeuta: Não possui

Prefeitura/SUS()

Própria

Outros _____

d) Assistência do Odontólogo:

Não possui

Prefeitura/SUS()

Própria

Outros _____

e) Assistência do Assistente Social:

Não possui

Prefeitura/SUS()

Própria

Outros _____

f) Assistência do Terapeuta Ocupacional:

Não possui

Prefeitura/SUS()

Própria

Outros _____

g) Assistência

do Fonoaudiólogo: Não possui

Prefeitura/SUS()

Própria

Outros _____

h) Assistência do Enfermeiro:

Não possui

Prefeitura/SUS()

Própria

Outros _____

i) Auxiliar de Enfermagem:

Não possui

Prefeitura/SUS()

Própria

Outros _____

j) Assistência do Farmacêutico:

Não possui

Prefeitura/SUS()

Própria

Outros _____

15- CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS FÍSICOS DO IMÓVEL:

a) Situação Legal

do Imóvel: Alugado

Próprio

Financiado()

Cedido

Em comodato

b) A Instituição possui uma placa de identificação externa visível, conforme dispõe art. 37, §2º do Estatuto do Idoso?

Sim

Não

c) Informações Gerais:

- A edificação, em geral, está em boas condições estruturais, sem rachaduras ou vazamentos? Sim

Não

Especificar: _____

- Quantos pavimentos tem a edificação? _____

- Número de dormitórios: _____

- Número de camas por dormitório:

- Os dormitórios encontram-se limpos e higienizados? Sim

Não

- Número de salas de estar/convivência: _____

- Há espaço apropriado para recebimento de visitas? Sim

Não

Não

- Número de sanitários _____

- Os sanitários são divididos por sexo? Sim

Não

Não

- Os sanitários encontram-se limpos e higienizados? Sim

Não

- Os sanitários são acessíveis? Sim

Não

Não

- Há piso antiderrapante? Sim

Não

Não

Onde? _____

- Há barras de apoio nos banheiros? Sim

Sim

Não

- Há espaço para circulação de um cadeirante rodado? Sim

Não.

Onde? _____

- Todas as portas encontram-se com a largura mínima prevista na Norma Técnica ABNT 9050/2004? Sim

Não

- Há cozinha própria?

Sim

Não

- A cozinha encontra-se limpa e higienizada? Sim

Não

- Há lavanderia própria?

Sim

Não

- A lavanderia encontra-se limpa e higienizada? Sim

Não

- Há área descoberta que permita a exposição dos idosos ao sol? Sim

Não

- Há enfermaria própria?

Sim

Não

- Há espaço para a atividade de fisioterapia? Si

m

Não

- Há automóvel próprio para condução dos idosos? Si

m

Não

Outras informações com relação ao espaço físico da

instituição: _____

Adaptações em escadas e rampas

- As escadas possuem piso antiderrapante? () S

im

() Não

- As escadas possuem corrimãos? ()

Sim

() Não

- Há rampas ou elevadores em todos os níveis? () Si

m

() Não

- As rampas possuem piso antiderrapante? () S

im

() Não

- As rampas possuem corrimãos? ()

Sim

() Não

16- PARECER INICIAL: CONSTATAÇÕES

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; () Inexi

stência de CNPJ;

() Ausência de registro nos Conselhos Nacional, Estadual ou Municipal de Assistência Social e/ou 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; Ali mentação;
 - Idosos sem renda, por éme legíveis ao BPC (Benefício de Prestação Continuada);
 - Inexistência de celebração de contrato escrito de prestação de serviço como 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 dirigentes; Ausência de estudos sociais 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.

17 – Eventuais profissionais que acompanham a visita/fiscalização (nome, cargo, órgão):

Eventuais profissionais presentes à fiscalização:

Nome

Assinatura