

**CMI**



Lei Municipal  
3.203 de 25/11/2015

**CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO**

**Casa dos Conselhos**

Av. Eng. Nicolau V. Forjaz, 721 Tel-19 3585-6353

PORTO FERREIRA – SÃO PAULO

WWW.portoferreira.sp.gov.br



Porto Ferreira/SP

## ANEXO I

### REQUERIMENTO DE REGISTRO

#### ENTIDADES GOVERNAMENTAIS E NÃO GOVERNAMENTAIS

- ( ) Registro de Entidade.  
( ) 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 da Entidade, 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 0\_\_\_/2016.

Porto Ferreira, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do Presidente da Entidade*



**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:		NºCMI:
Nome Fantasia:	Data Fundação:	Nº CNPJ:
Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:
Telefone:	Fax:	E-mail:
2. Patrimônio: a) Situação do Imóvel: <input type="checkbox"/> próprio <input type="checkbox"/> alugado <input type="checkbox"/> cedido <input type="checkbox"/> comodato - período de comodato: _____;		
b) Área construída: _____ m <sup>2</sup> ;		
c) Área total: _____ m <sup>2</sup> ;		
d) Equipamentos: <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> inadequado;		
e) Veículos: <input type="checkbox"/> sim – quantidade: _____ <input type="checkbox"/> não;		
f) Alvará de licenciamento sanitário: <input type="checkbox"/> sim – n.º _____ <input type="checkbox"/> não;		
g) Alvará de licenciamento emitido pelo Corpo de Bombeiros: <input type="checkbox"/> sim – n.º _____ <input type="checkbox"/> não;		
h) Plano de emergência: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não.		
3. Natureza Jurídica: <input type="checkbox"/> filantrópica <input type="checkbox"/> privada <input type="checkbox"/> pública <input type="checkbox"/> mista		
4. Dados do Responsável: <input type="checkbox"/> proprietário <input type="checkbox"/> diretor <input type="checkbox"/> administrador Nome:		

**CMI**



Lei Municipal  
3.203 de 25/11/2015

**CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO**

**Casa dos Conselhos**

Av. Eng. Nicolau V. Forjaz, 721 Tel-19 3585-6353

**PORTO FERREIRA – SÃO PAULO**

[www.portoferreira.sp.gov.br](http://www.portoferreira.sp.gov.br)



Porto Ferreira/SP

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

Nome	Formação	Profissional	Carga horária semanal

**CMI**



Lei Municipal  
3.203 de 25/11/2015

**CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO**

**Casa dos Conselhos**

Av. Eng. Nicolau V. Forjaz, 721 Tel-19 3585-6353

**PORTO FERREIRA – SÃO PAULO**

[www.portoferreira.sp.gov.br](http://www.portoferreira.sp.gov.br)



Porto Ferreira/SP


**9. 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:

**CMI**Lei Municipal  
3.203 de 25/11/2015**CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO****Casa dos Conselhos**

Av. Eng. Nicolau V. Forjaz, 721 Tel-19 3585-6353

PORTO FERREIRA – SÃO PAULO

www.portoferreira.sp.gov.br



Porto Ferreira/SP

**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 CMI
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"/> Habilidade 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:

**CMI**



Lei Municipal  
3.203 de 25/11/2015

**CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO**

**Casa dos Conselhos**

Av. Eng. Nicolau V. Forjaz, 721 Tel-19 3585-6353

**PORTO FERREIRA - SÃO PAULO**

[www.portoferreira.sp.gov.br](http://www.portoferreira.sp.gov.br)



Porto Ferreira/SP

**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**

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

**ANEXO V****RELATÓRIO DE ATIVIDADES E AVALIAÇÃO DO EXERCÍCIO ANTERIOR**

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

Neste anexo 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.

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

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 [%]);
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 [%]);
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 [%]);
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 [%]);
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 [%]);
6. Taxa de prevalência de desnutrição. (Número de idosos que apresentaram desnutrição durante o exercício anterior / número de idosos residentes no exercício anterior *100 [%]);
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 [%]);
8. Número de residentes no exercício anterior com psicopatologias participando de tratamento em Saúde mental/Número de residentes no exercício anterior *100 [%]);
9. Atividades lúdicas, físicas, esportivas, recreativas, psicoeducacionais, habilidades cognitivas, culturais, ocupacionais, comunitárias. Número de atividades (por item) realizadas mensalmente. Descrever as atividades realizadas com objetivos e indicadores.
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?
11. A instituição dispõe de rotinas e procedimentos escritos e implantados, referentes aos cuidados com os idosos?

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:

ANEXO VI**ROTEIRO DE VISITA - AVALIAÇÃO DA ENTIDADE**

(Para uso do CMI)

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. Se as rampas possuem antiderrapantes? ( ) Sim ( ) Não. Observações: \_\_\_\_\_
12. Todos os locais são bem ventilados? ( ) Sim ( ) Não. Observações: \_\_\_\_\_
13. Se os ambientes possuem placas de identificação dos cômodos? ( ) Sim ( ) Não.  
Observações: \_\_\_\_\_
14. Se 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. Se 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. Se o local se encontra em condições adequadas de higiene? ( ) Sim ( ) Não.  
Observações: \_\_\_\_\_
24. Em caso 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? Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_
32. Existem residentes com menos de 60 (sessenta) anos? ( ) Sim – Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_  
( ) Não. Observações: \_\_\_\_\_
33. Quantidade de pessoas autônomas. Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_



34. Quantidade de pessoas com grau de dependência I (idosos independentes mesmo que usem equipamento de autoajuda). Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_
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). Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_
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). Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_
37. A instituição realiza visita ao idoso/família antes de sua admissão? ( ) Sim ( ) Não.  
Observações: \_\_\_\_\_
38. Há idosos com distúrbio cognitivo ou psiquiátrico? ( ) Sim – Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_  
( ) Não. Observações: \_\_\_\_\_
39. Há idosos que utilizam sonda para alimentação? ( ) Sim – Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_ ( ) Não.  
Observações: \_\_\_\_\_
40. Há idosos portadores de feridas crônicas? ( ) Sim – Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_ ( ) Não.  
Observações: \_\_\_\_\_
41. Há idosos dependentes de oxigenoterapia? ( ) Sim – Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_ ( ) Não.  
Observações: \_\_\_\_\_
42. Há idosos em ventilação mecânica? ( ) Sim – Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_ ( ) Não.  
Observações: \_\_\_\_\_
43. Há idosos com sonda vesical ou coletor de urina? ( ) Sim – Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_  
( ) Não. Observações: \_\_\_\_\_
44. Há idosos com diagnóstico ou tratamento de câncer? ( ) Sim – Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_  
( ) Não. Observações: \_\_\_\_\_
45. Há idosos com diagnóstico ou tratamento de diarreias? ( ) Sim – Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_  
( ) Não. Observações: \_\_\_\_\_
46. Há idosos com diagnóstico ou tratamento de escabiose? ( ) Sim – Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_  
( ) Não. Observações: \_\_\_\_\_
47. Há idosos com diagnóstico ou tratamento de desidratação? ( ) Sim – Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ( ) Não. Observações: \_\_\_\_\_



48. Há idosos com diagnóstico ou tratamento de desnutrição? ( ) Sim – Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_  
( ) Não. Observações: \_\_\_\_\_

49. Há idosos com diagnóstico ou tratamento de diabetes? ( ) Sim – Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_  
( ) Não. Observações: \_\_\_\_\_

50. Há idosos com diagnóstico ou tratamento de hipertensão? ( ) Sim – Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_  
( ) Não. Observações: \_\_\_\_\_

51. Há idosos com diagnóstico ou tratamento de outra patologia. Qual? ( ) Sim. Qual: \_\_\_\_\_  
– Mas. \_\_\_\_\_ Fem. \_\_\_\_\_ ( ) 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 possui Estatuto registrado?

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

c) 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 \_\_\_\_\_.

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

( ) Não



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, se houver, 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 fornece comprovante dos bens que receberam dos idosos?

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

m) A entidade comunica o Ministério Público sobre situações de abandono moral ou material por parte dos familiares para as providências cabíveis?

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

n) A entidade realiza atendimento particularizado ou 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: \_\_\_\_\_

**Representantes do Conselho Municipal do Idoso que realizaram a visita:**

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

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

**CMI**



Lei Municipal  
3.203 de 25/11/2015

**CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO**

**Casa dos Conselhos**

Av. Eng. Nicolau V. Forjaz, 721 Tel-19 3585-6353

**PORTO FERREIRA – SÃO PAULO**

**www.portoferreira.sp.gov.br**



Porto Ferreira/SP

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Porto Ferreira, \_\_\_ 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				



**CMI**



Lei Municipal  
3.203 de 25/11/2015

**CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO**

**Casa dos Conselhos**

Av. Eng. Nicolau V. Forjaz, 721 Tel-19 3585-6353

PORTO FERREIRA – SÃO PAULO

www.portoferreira.sp.gov.br



Porto Ferreira/SP

**ANEXO VIII**  
(Para uso do CMI)

**PARECER TÉCNICO**

Parecer:

Data:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do relator:

Assinatura:

**Parecer da Comissão Permanente**

Data:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome dos representantes da Comissão:

Assinatura:

Decisão do CMI

( ) Deferido ( ) Indeferido.

Data da Plenária: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_