



RESOLUÇÃO NORMATIVA 006/2021

Dispõe sobre os parâmetros municipais para a inscrição e/ou renovação de inscrição das organizações não-governamentais, com ou sem fins lucrativos, bem como dos serviços, programas e projetos governamentais no Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos.

O Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos, no uso de suas atribuições legais que lhe confere a Lei Municipal N° 282 de 08 de julho de 2005 e considerando as deliberações deste conselho, em Reunião Ordinária realizada no dia 14 de julho de 2021 e:

Considerando: a Lei Federal 10.741 de 2003, que dispõe o Estatuto do Idoso e dá outras providências;

Considerando: o artigo 48 da referida Lei, que em seu parágrafo único estabelece “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...”

Considerando: o artigo 52 da referida Lei, que estabelece “As entidades governamentais e não-governamentais de atendimento ao idoso serão fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros previstos em lei”;

Considerando: que os serviços, programas e projetos prestados pelas entidades governamentais e não-governamentais deverão estar em consonância com o conjunto normativo da Lei Federal N° 8.842 de 1994- Política Nacional do Idoso.

Considerando: que compete ao Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos de Fazenda Rio Grande a finalidade de orientar, informar, divulgar e fomentar políticas públicas.

Resolve:

ARTIGO 1º - A concessão de registro para as organizações governamentais e não-governamentais, com ou sem fins lucrativos, e inscrição de seus respectivos programas, 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 dos Direitos dos Idosos terá o prazo de validade de 2 (dois) anos.

ARTIGO 2º - Os pedidos de registros de inscrição ou renovação, a partir da publicação desta resolução, deverão ser realizados no Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos, apresentados diretamente na Secretaria Executiva dos Conselhos, situada na Secretaria Municipal de Assistência Social, endereço: Rua Tenente Sandro Luiz Kampa, 182 – Pioneiros – Fazenda Rio Grande-PR, Cep: 83.823-090, os formulários deverão ser impressos e devidamente preenchidos. Não será recebida documentação incompleta, em hipótese alguma, objetivando agilidade na análise, emissão de parecer e



conclusão do processo. Os serviços prestados pelo Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos são inteiramente gratuitos, não sendo necessária a contratação de terceiros para tratar de assuntos de interesse da organização.

ARTIGO 3º - Somente deverão requerer o Registro e inscrever seus programas no Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos, as organizações governamentais e não governamentais, com ou sem fins lucrativos, que atuem no município de Fazenda Rio Grande, há pelo menos 1 (um) ano no atendimento e defesa dos direitos dos idosos e que promovam ações no campo da Política de atendimento à pessoa idosa, apresentando seus respectivos programas de atuação de acordo com o disposto no Estatuto do Idoso- Lei N° 10.741/2003.

ARTIGO 4º - No ato da inscrição, as organizações não-governamentais demonstrarão:

I- Ser pessoa jurídica de direito privado, devidamente constituída, conforme dispostos nos artigos 53 e 54 do Código Civil Brasileiro.

II- Elaborar Plano de Ação do exercício em vigência contendo:

- a) identificação da organização;
- b) finalidades estatutárias;
- c) apresentação;
- d) diagnóstico;
- e) objetivos;
- f) prioridades e estratégias;
- g) recursos humanos;
- h) infraestrutura;
- i) capacidade de atendimento;
- j) origem dos recursos;
- k) metas;
- l) monitoramento e avaliação;

III- Ter expresso em seu relatório de atividades do exercício anterior, se houver:

- a) identificação da organização;



- b) finalidades estatutárias;
- c) apresentação;
- d) diagnóstico;
- e) objetivos;
- f) prioridades e estratégias;
- g) recursos humanos;
- h) infraestrutura;
- i) capacidade de atendimento;
- j) origem dos recursos;
- k) metas;
- l) monitoramento e avaliação;

ARTIGO 5º- As Organizações não-governamentais deverão apresentar os seguintes documentos para obtenção da inscrição ou renovação de inscrição:

I- Formulário de inscrição ou renovação de inscrição a ser feito em formulário próprio fornecido pelo CMDI, devidamente preenchido, datado e assinado pelo representante legal da entidade ou organização (Anexo I);

II- Cópia do Estatuto Social, em conformidade com o Estatuto do Idoso e registrado no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;

III- Ata da Eleição ou documento comprobatório do mandato da diretoria em exercício;

IV- Cópia do RG e CPF do Presidente, Vice-Presidente e Tesoureiro;

VII- Alvará de funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária e Corpo de Bombeiros;

VIII- Cópia do documento comprobatório de inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social- CMAS (quando for entidade que execute algum serviço disposto na resolução 109/09 do Conselho Nacional de Assistência Social- CNAS);

IX- Cópia do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ;

X- Plano de Ação do ano em exercício;



XI- Relatório das atividades do exercício anterior;

XII- Declaração de idoneidade dos dirigentes da organização;

XIII- Cópia de um modelo de contrato firmado para a prestação de serviços referente ao acolhimento, nos casos das entidades que ofertam serviço na modalidade de Longa Permanência para Idosos- ILPI;

ARTIGO 6º- O prazo de vigência do certificado de inscrição será de 2 (dois) anos, devendo a organização protocolar pedido de renovação em no mínimo 60 (sessenta dias) dias antes do término da vigência, anexando ao pedido os documentos elencados nos artigos 4º e 5º.

§ 1º- Toda alteração realizada na organização e/ou serviço deverá ser encaminhada ao CMDI para atualização da inscrição.

§ 2º- A inscrição poderá ser cancelada a qualquer tempo, em caso de descumprimento dos requisitos, garantindo o direito à ampla defesa e ao contraditório.

§ 3º- Em caso de cancelamento da inscrição, o CMDI deverá encaminhar, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, cópia do ato cancelatório ao órgão gestor da Secretaria Municipal de Assistência Social, para providências cabíveis.

§ 4º- As organizações inscritas deverão comunicar o encerramento de suas atividades no CMDI no prazo de 30 (trinta) dias, a partir da decisão da diretoria.

ARTIGO 7º- Os serviços, programas e projetos governamentais deverão apresentar os seguintes documentos para obtenção da inscrição ou renovação de inscrição:

I- Formulário de inscrição ou renovação de inscrição a ser feito em formulário emitido pelo CMDI, devidamente preenchido, datado e assinado pelo representante legal da entidade ou organização (Anexo I);

II- Alvará de funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária e Corpo de Bombeiros;

III- Plano de Ação do exercício vigente, conforme artigo 4º, inciso II, desta resolução;

IV- Relatório das atividades do exercício anterior, conforme artigo 4º, inciso III desta resolução;

ARTIGO 8º- O Conselho Municipal do Direitos dos Idosos deverá:

I- Pautar, discutir e deliberar os pedidos de inscrição em reunião plenária;



II- Receber e analisar os pedidos de inscrição e a documentação respectiva;

III- Providenciar visitas às organizações governamentais e não-governamentais de atendimento ao idoso (conforme o Roteiro de Visitas- Anexo II) e emissão de Parecer Inicial (Anexo III) sobre as condições para o funcionamento;

IV- Caso constatado irregularidades, a Comissão através do Parecer Inicial solicitará que a organização tome as devidas providências, regularizando assim todas as pendências.

V- Após executadas as ações de melhorias, a organização apresentará ao CMDI o Plano de Melhorias (Anexo IV).

VI- O Conselho realizará novamente visita à organização para a emissão do novo Parecer favorável ou não;

VII- Deliberar em reunião plenária sobre a aprovação do registro ou renovação da organização;

VIII- Publicar resolução de aprovação da inscrição/renovação;

IX- Emitir o Registro da organização e emitir o Certificado de Inscrição com numeração única e sequencial para a emissão da inscrição, independentemente da mudança de ano;

Parágrafo único- As inscrições ou renovações de inscrições serão analisadas por Comissão específica, composta por membros do CMDI;

X- O Conselho realizará visita à organização quando houver alteração de endereço;

XI- O Conselho realizará novamente visita à organização quando houver possíveis denúncias de qualquer natureza, que coloquem a pessoa idosa em risco.

ARTIGO 9º- As organizações inscritas anteriormente à publicação desta Resolução deverão proceder ao reordenamento do que é proposto nesta Resolução;

ARTIGO 10º- Discutida e aprovada, esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogada as disposições em contrário.

Fazenda Rio Grande, 15 de julho de 2021.

Luciana Regina Silva de Castro

Vice-Presidente do Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos- CMDI
Fazenda Rio Grande - Paraná

**ANEXO I****Formulário de Inscrição/Renovação das Organizações Não-Governamentais, Serviços, Programas e Projetos Governamentais com atuação exclusiva no município de Fazenda Rio Grande**

Senhor(a) Presidente(a) do Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos, a entidade abaixo qualificada com atuação neste município, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer a este Conselho:

 Inscrição Renovação de Inscrição

Dados da Organização		
Nome da Organização:		
CNPJ:	Data de inscrição no CNPJ: / /	
Endereço:	Nº	Bairro:
Município: Fazenda Rio Grande	UF: PR	CEP:
Tel:	E-mail:	
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	Regimento Interno: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Data da Fundação:	Registro em Cartório: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ata de posse da atual diretoria:	Registro em Cartório: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Possui: <input type="checkbox"/> Registro no CMDI	<input type="checkbox"/> Certificado de Utilidade Pública
<input type="checkbox"/> Outros Conselhos- Quais?	



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DOS IDOSOS

FAZENDA RIO GRANDE – PR

Dados do Representante Legal		
Nome:		
Endereço:	Nº	Bairro:
Município:	UF:	CEP:
Tel:	E-mail:	
RG:	CPF:	
Cargo:	Vigência do mandato: Início / / Término: / /	



ANEXO II

**Roteiro de Visita
Fiscalização em Entidades de Atendimento aos Idosos**

Aos _____ dias do mês de _____ de 20_____, por volta das _____ horas, a Comissão de Fiscalização do Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos de Fazenda Rio Grande, esteve presente nas instalações da unidade de atendimento a idosos, objetivando verificar as condições de atendimento e funcionamento da instituição adiante identificada, onde foram colhidas as seguintes informações:

Motivação da Visita:	
<input type="checkbox"/> Solicitação de pedido de inscrição	<input type="checkbox"/> Renovação de inscrição
<input type="checkbox"/> Provocação do CMAS	
<input type="checkbox"/> Denúncia:	
<input type="checkbox"/> Outros:	

Nome da Instituição:		
Nome Fantasia:		
Endereço:	Nº	Bairro:
CEP:	Telefone:	E-mail:

Nome do(a) Responsável Legal:		
CPF	RG	Órgão expedidor:
Qualificação e Formação Profissional:		
Responsável Técnico:		
CPF	RG	Órgão expedidor:
Nº do reg. no Conselho de Classe:	Data da expedição:	
Qualificação e Formação Profissional:		

Nomes dos funcionários da Instituição que acompanharam a visita, qualificação e função exercida:

Caracterização do Regime de Atendimento Mantido pela Unidade
<input type="checkbox"/> Instituição de Longa Permanência <input type="checkbox"/> Casa-Lar <input type="checkbox"/> República <input type="checkbox"/> Outros: _____



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DOS IDOSOS

FAZENDA RIO GRANDE – PR

Possui livro de ocorrências diárias:	() Sim () Não
Convênios e Contratos/ Origem dos recursos financeiros para a manutenção da Unidade:	
() Convênios governamentais Federal () Estadual () Municipal () Não possui	
() Mensalidade paga pelos idosos - valor: R\$ _____	

Doações:	
() Comunidade () Entidades não governamentais () Não recebe	
() Outros: _____	
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	
A Instituição possui arquivo de anotações de admissão individuais com dados de identificação do idoso, seus familiares, amigos ou responsável legal, seus endereços e motivo de seu abrigoamento: () Sim () Não	
A Instituição possui a relação dos pertences dos idosos? () Sim () Não	
A entidade celebrou contrato de prestação de serviço com o idoso ou seu responsável legal, conforme o art. 50, I, do Estatuto do Idoso: () Sim () Não	
A Instituição fornece comprovante de depósito dos bens móveis que recebe dos idosos, conforme o art. 50, XIV, do Estatuto do Idoso: () Sim () Não	
Crêterios de Admissão dos Idosos na Unidade :	
Idade exigida para admissão: _____	

Existem pessoas com menos de 60 anos abrigadas? () Não () Sim/Quantas? _____	
Nome, data de nascimento e motivo:	

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:	



A Instituição providencia a imediata avaliação médica após o ingresso do idoso? () Sim () Não
Recebe idosos dependentes para as atividades da vida diária? () Sim () Não

Especificar a quantidade de idosos por dependência:
Número de idosos com grau de dependência I : _____ (independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-cuidado)
Número de idosos com grau de dependência II: _____ (com dependência em até três atividades de auto-cuidado para a vida diária)
Número de idosos com grau de dependência III: _____ (necessita de assistência em todas as atividades de vida diária ou com comprometimento cognitivo)

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:	

Benefícios Previdenciários e Assistenciais:	
Quantos idosos possuem renda:	
Número de aposentados pelo INSS:	Valor médio das aposentadorias: R\$ _____
Número de beneficiários da Assistência Social (BPC/LOAS):	
Identificar o idoso que não possui renda e especificar o motivo de cada um deles:	



Quem recebe os benefícios dos idosos citados acima:			
<input type="checkbox"/> o próprio idoso	<input type="checkbox"/> familiares	<input type="checkbox"/> o curador do idoso	<input type="checkbox"/> a Instituição, com procuração
<input type="checkbox"/> a Instituição, sem procuração			

Especificar a quantidade de idosos por dependência	
Caracterização da Unidade de Atendimento Visitada:	
Número de vagas existentes para acolhimento: _____ N° de homens: _____ N° de mulheres: _____	
Número de vagas ocupadas no momento _____ N° de homens: _____ N° de mulheres: _____	
Existe lista de espera para ingresso na Entidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Relacionar o nome e número de idosos na referida lista: _____	
Situação Familiar dos Idosos: Recebem visitas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Raramente	
Em caso de não receber visita ou recebê-la raramente, especificar o nome do idoso e se conhece o motivo da ausência familiar: _____ _____ _____ _____	
A Entidade procura manter, estabelecer e fortalecer o vínculo das famílias com os idosos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim- De qual modo promove o estabelecimento desses vínculos: _____ _____ _____ _____	
A Entidade está aberta a visitas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não- Em caso negativo, detalhar o motivo: _____ _____ _____	
Quais os dias e horários para visita: _____ _____ _____	
Há controle de entradas e saídas de idosos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	



Possui Livro de Registro de Visitas: Sim Não

Procedência da Alimentação: Doação Própria Convênio: _____

O Cardápio é orientado por Nutricionista: Sim Não

Número de refeições diárias: _____ Quais as refeições fornecidas: _____

Existem idosos que se alimentam através de sonda ou outro tipo de recurso:

Não Sim/Quantos? _____

A Entidade fornece vestuário adequado ao idoso: Sim Não

Vestuário: (em caso de Entidade pública, artigo 50, inciso III, do Estatuto do Idoso): A Entidade identifica as roupas de uso pessoal do idoso (artigo 50, inciso V, do Estatuto do Idoso):

Sim Não

Recursos Humanos/Funcionários:

Administrativos: _____ Auxiliares de enfermagem: _____ Serviços gerais: _____

Cozinheiros: _____

Voluntários _____

Outros: _____

Atividades desenvolvidas na Unidade:

Ocupacionais: Não possui Bordado Pintura Tapeçaria

Outras: _____

Educacionais: Não possui Alfabetização

Recreativas/Lazer/Cultura: Passeios Bailes Música Cinema Teatro

Outros: _____

Religiosas: Não possui Missas Grupo de oração Cultos

Outras: _____

Esportivas: Não possui Caminhadas Ginástica



() Outras _____

Festas Comemorativas: () Não possui () Natal () Páscoa () Aniversários () Festa junina

() Outras _____

Grupos de atividades sociais: () Não () Sim/Quais _____

Assistência à Saúde dos Idosos:

Os medicamentos de uso continuado (básicos) são fornecidos gratuitamente pelo Centro de Saúde/SUS? () Sim () Não. Por quê? _____

Outras formas de aquisição de medicamentos:

() Doações () Família () Própria da Unidade () Própria do idoso

Possui Plano de Atenção Integral à Saúde dos idosos; () Sim () Não

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/Qual: _____

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

() Outros _____

Unidades de Saúde procuradas nos casos de urgência e consultas médicas:

Quais procedimentos adotados em caso de emergência:

Na ocorrência de doenças infectocontagiosas, a Instituição comunica o fato à autoridade competente de saúde (artigo 50, inciso XII, do Estatuto do Idoso): () Sim () Não

Na ocorrência de queda com lesão e tentativa de suicídio a instituição notifica imediatamente à autoridade sanitária local: () Sim () Não

A Instituição possui registro das intercorrências médicas de cada idoso: () Sim () Não

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

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



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

Há idosos passíveis de interdição: () Não () Sim/Informar relação: _____

Em caso de interditados, informar curador. _____

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):

Assistência do Médico:

() Não possui () Prefeitura/SUS () Própria () Outros: _____

Assistência do Psicólogo:

() Não possui () Prefeitura/SUS () Própria () Outros _____

Assistência do Fisioterapeuta:

() Não possui () Prefeitura/SUS () Própria () Outros _____

Assistência do Odontólogo:

() Não possui () Prefeitura/SUS () Própria () Outros _____

Assistência do Assistente Social:

() Não possui () Prefeitura/SUS () Própria () Outros _____

Assistência do Terapeuta Ocupacional:

() Não possui () Prefeitura/SUS () Própria () Outros _____

Assistência do Fonoaudiólogo:

() Não possui () Prefeitura/SUS () Própria () Outros _____

Assistência do Enfermeiro:

() Não possui () Prefeitura/SUS () Própria () Outros _____

Auxiliar de Enfermagem:

() Não possui () Prefeitura/SUS () Própria () Outros _____

Assistência do Farmacêutico:

() Não possui () Prefeitura/SUS () Própria () Outros _____

Caracterização Dos Recursos Físicos Do Imóvel

Situação Legal do Imóvel:

() Alugado () Próprio () Financiado () Cedido () Em comodato

A Instituição possui uma placa de identificação externa visível: () Sim () Não



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

Número de sanitários _____ Os sanitários são divididos por sexo: () Sim () Não

Os sanitários encontram-se limpos e higienizados: () Sim () Não

Os sanitários são acessíveis: () Sim () Não

Há piso antiderrapante: () Sim () Não/Onde: _____

Há barras de apoio nos banheiros: () Sim () Não

Há espaço para circulação de uma cadeira de rodas?

() 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: ()Sim ()Não

Há automóvel próprio para condução dos idosos: ()Sim ()Não

Outras informações com relação ao espaço físico da instituição: _____

Adaptações em escadas e rampas:

As escadas possuem piso antiderrapante: ()Sim ()Não

As escadas possuem corrimãos: ()Sim ()Não

Há rampas ou elevadores em todos os desníveis: ()Sim ()Não

As rampas possuem piso antiderrapante: ()Sim ()Não

As rampas possuem corrimãos: ()Sim ()Não

Conselheiros que realizaram a visita/fiscalização no dia __/__/_____

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____



ANEXO III
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;
- () Inexistência de CNPJ;
- () Ausência de registro nos Conselhos Nacional, Estadual ou Municipal de As. Social e/ou do Idoso;
- () Falta de regimento interno ou estatuto da instituição;
- () Idosos sem documentação pessoal;
- () Presença de pessoas com menos de 60 anos;
- () Falta de uma identificação externa visível da instituição (placa);
- () Instalações físicas inacessíveis;
- () Condições precárias de higiene e limpeza; () Alimentação;
- () Idosos sem renda, porém elegíveis ao BPC (Benefício de Prestação Continuada);
- () Inexistência de celebração de contrato escrito de prestação de serviço com o idoso;
- () Não fornecimento de vestuário adequado (no caso de entidade pública);
- () Não identificação do vestuário pessoal do idoso;
- () Baixa proporção de funcionários em relação ao número de internos;
- () Ausência de capacitação para os funcionários e dirigentes;
- () Ausência de estudo social e pessoal de cada caso;
- () Inexistência de assistência à saúde para os idosos;
- () Não-disponibilização dos medicamentos básicos pelo SUS;
- () Falta de atividades que visem ao bem-estar dos idosos;
- () Ausência de acomodação/local apropriado para recebimento de visitas pelos idosos.

Conselheiros que acompanharam a visita/fiscalização no dia __/__/_____.

Nome: _____	Assinatura: _____
Nome: _____	Assinatura: _____
Nome: _____	Assinatura: _____
Nome: _____	Assinatura: _____
Nome: _____	Assinatura: _____
Nome: _____	Assinatura: _____



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DOS IDOSOS
FAZENDA RIO GRANDE – PR

ANEXO IV

Plano de Melhorias

Senhor(a) Presidente(a) do Conselho Municipal dos Direitos dos Idosos-CMDI, o(a) senhor(a) _____, representante legal da entidade _____, portador do CPF _____, vem apresentar a Vossa Senhoria o Plano de Melhorias, com base no artigo 8 inciso V da Resolução Normativa N° 002/2019 baseado no Parecer deste Conselho, datado de __/__/__, para que proceda a fiscalização em nossa Entidade, conforme as seguintes ações que serão realizadas em função das irregularidades encontradas:

N°	Irregularidade	Ação a ser realizada	Prazo
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Fazenda Rio Grande, ____ de _____ de 2021.

Assinatura representante legal da entidade