

RESOLUÇÃO NORMATIVA 002/2019

Dispõe sobre os parâmetros municipais para a inscrição e/ou renovação das inscrições das entidades e organizações não-governamentais, com ou sem fins lucrativos, bem como dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais governamentais no Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

O Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência, no uso de suas atribuições legais que lhe confere a Lei Municipal Nº 356 de 11 de abril de 2006 e suas alterações e considerando as deliberações deste conselho, em Reunião Ordinária realizada no dia 09 de abril de 2019 e:

Considerando: a Constituição Federal e os Dispositivos referentes à pessoa com deficiência;

Considerando: a Lei Federal Nº 13.146/2015 Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) e dá outras providências;

Considerando: A LEI Nº 004/2019 de 21 de fevereiro de 2019. “Confere nova regulamentação ao Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência, no Município de Fazenda Rio Grande, e determina outras providências”:

no Art. 1º a finalidade de promover a efetivação, implementação e defesa dos direitos da pessoa com deficiência e, ainda, terão como objetivo assegurar-lhes o pleno exercício dos direitos individuais e sociais.

no Art. 6º O Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência será um órgão consultivo, deliberativo, fiscalizador e articulador das políticas voltadas a assegurar os direitos das pessoas com deficiência, com as seguintes atribuições:

IX - Manifestar-se, dentro dos limites de sua atuação, acerca da administração e condução de trabalhos de prevenção, habilitação, reabilitação e inclusão social de entidade particular ou pública, quando houver notícia de irregularidade, expedindo, quando entender cabível, recomendação ao representante legal da entidade;

X - Fiscalizar a execução e o desempenho da política municipal para a inclusão da pessoa com deficiência nas esferas governamental e não governamental.

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, 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 da Pessoa com Deficiência terá o prazo de validade de 1 (um) ano.

ARTIGO 2º - Os pedidos de registros de inscrição ou renovação, a partir da publicação desta resolução, deverão ser realizados no Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 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 da Pessoa com Deficiência são inteiramente gratuitos, não sendo necessária a contratação de terceiros para tratar de assuntos de interesse da entidade.

ARTIGO 3º - Somente deverão requerer o Registro e inscrever seus programas no Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência, as entidades governamentais e não governamentais, com ou sem fins lucrativos, que atuem no município de Fazenda Rio Grande, no atendimento e defesa dos direitos da Pessoa com Deficiência e que promovam ações no campo da Política de atendimento à pessoa com deficiência, apresentando seus respectivos programas de atuação.

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 (Anexo II):

- a) identificação da entidade;
- 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 (Anexo III):

- a) identificação da entidade;
- 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 entidades e 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 CMDPCD, devidamente preenchido, datado e assinado pelo representante legal da entidade ou organização (Anexo I);

II- Cópia do Estatuto Social 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;

V- Balanço financeiro e patrimonial referente ao exercício anterior ao da solicitação de inscrição e/ou renovação de inscrição, para entidades com fins lucrativos;

VI- Certidão negativa de Débito- CND do INSS e CR do FGTS, para entidades que pretendem pleitear recursos oriundos do Fundo Municipal do Idoso no exercício vigente;

VII- Alvará de funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária e Corpo de Bombeiros, para entidades com sede própria;

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, caso o CNPJ seja registrado em endereço de outro município, a entidade precisará comprovar os atendimentos realizados nesta Comarca.

X- Plano de Ação do ano em exercício, conforme artigo 4º, inciso II, desta resolução;

XI- Relatório das atividades do exercício anterior (Anexo III), conforme artigo 4º, inciso III, desta resolução;

ARTIGO 6º- O prazo de vigência do certificado de inscrição será de 1 (um) ano, devendo a entidade 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.

§ primeiro- Toda alteração realizada na entidade e/ou serviço deverá ser encaminhada ao CMDPCD para atualização da inscrição.

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

§ terceiro- Em caso de cancelamento da inscrição, o CMDPCD 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.

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

ARTIGO 7º- Os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais 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 CMDPCD, 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 (Anexo II), conforme artigo 4º, inciso II, desta resolução;

IV- Relatório das atividades do exercício anterior (Anexo III), conforme artigo 4º, inciso III, desta

resolução;

ARTIGO 8º- O Conselho Municipal do Direitos dos Direitos da Pessoa com Deficiência 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 entidades e organizações governamentais e não-governamentais de atendimento à Pessoa com Deficiência (conforme o Roteiro de Visitas- Anexo IV) e emissão de Parecer Inicial (Anexo V) sobre as condições para o funcionamento;

IV- Caso constatado irregularidades, a Comissão através do Parecer Inicial (Anexo V) solicitará que a Entidade tome as devidas providências, regularizando assim todas as pendências.

V- Após executadas as ações de melhorias, a entidade apresentará ao CMDPCD o Plano de Melhorias (Anexo VI).

VI- O Conselho realizará novamente visita à entidade para a emissão do novo Parecer favorável ou não, deliberar em reunião plenária sobre a aprovação do registro ou renovação da entidade;

VII- Publicar resolução de aprovação da inscrição/renovação;

VIII- Emitir o Registro da Entidade (conforme Anexo VII) 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 CMDPCD;

ARTIGO 9º- As entidades ou 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, 14 de maio de 2019.

Anete Maria Benatto Barbosa

Presidente do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência - CMDPCD
Fazenda Rio Grande - Paraná

ANEXO I
Formulário de Inscrição/Renovação de Entidades, 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 da Pessoa com Deficiência, 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 Entidade		
Nome da Entidade:		
CNPJ:	Data de inscrição no CNPJ:	
Endereço:	Nº	Bairro:
Município:	UF:	CEP:
Tel:	E-mail:	
Natureza: () Pública () Privada		
Orientação: () Religiosa () Leiga		
Localização: () Urbana () Rural		

Aspectos Legais		
Estatuto: () Sim () Não	Regimento Interno: () Sim () Não	
Data da Fundação:	Registro em Cartório: () Sim () Não	
Número:	Folha:	Data:
Ata de posse da atual diretoria:	Registro em Cartório: () Sim () Não	
Número:	Folha:	Data:
Período de mandato da atual diretoria: de		até
Possui: () Registro no CMDI	() Certificado de Utilidade Pública	
() Outros Conselhos- Quais?		
Dados do Representante Legal		

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

Identificação dos Responsáveis pela Entidade		
Nome	Função	CPF

Nome do Projeto de Atenção à Pessoa com Deficiência:
Funcionamento do Projeto: ☐ Diário ☐ Semanal ☐ Quinzenal ☐ Mensal ☐ Outros: _____
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 ☐ Residência Inclusiva ☐ Grupos Especiais ☐ Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, Arte e Lazer ☐ Outros: _____
Critérios de Seleção para Atendimento:
☐ Domicílio/área geográfica e per capita ☐ Situação de saúde/Doente crônico (dependência)
☐ Idade ☐ Violação de direitos
☐ Público alvo da Assistência Social ☐ Situação de abandono/risco representada

☐ Renda familiar

☐ Outros: _____

Enfoque do Atendimento Multidisciplinar (especificar áreas):

Funcionamento do serviço:

Dias:

Horários:

Atividade principal:

☐ Assistência Social ☐ Saúde ☐ Cultura ☐ Educação ☐ Lazer ☐ Outros: Saúde mental

Objetivo da entidade com relação ao atendimento à PCD:

Planejamento das ações:

☐ Plano de trabalho ou Plano de ação ☐ Anual ☐ Permanente ☐ Inexistente

☐ Plano Individual de atendimento ao usuário

Descreva a forma de manutenção financeira da entidade:

☐ Municipal ☐ Estadual ☐ Federal ☐ Promoções ☐ Doações ☐ Empresarial

☐ Percentual da renda pelo BPC ☐ Mensalidade ☐ Outros: _____

Resumir os serviços prestados pela entidade: familiares.

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
FAZENDA RIO GRANDE – PR

Fazenda Rio Grande, de _____ de _____.

Assinatura do Representante Legal da Instituição

ANEXO II

Plano de Ação

A) Dados da Entidade		
Nome da Entidade:		
Endereço:	Nº	
Município:	UF:	CEP:
Tel:	E-mail:	Tel:

B) Finalidades Estatutárias (Conforme previsto no Estatuto da Organização)

C) Apresentação (Conforme a descrição do Serviço exposto na Resolução CNAS N° 109/2009-Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Descrever do que se trata o trabalho desenvolvido, qual público atendido e área de abrangência; sua relevância à sociedade; metodologia de trabalho; os parceiros para o desenvolvimento das atividades. Apresentar também os princípios que norteiam as ações, de forma que expressem os valores morais, culturais, políticos, etc.)

D) Diagnóstico (Elaborar a análise das principais demandas e problemáticas sociais e suas implicações. Utilizar estudos, pesquisas, diagnósticos realizados pelo próprio serviço e por outros órgãos)

E) Objetivos (Conforme os objetivos expostos na Resolução CNAS N° 109/2009 Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais).

F) Prioridades e Estratégias (Listar as prioridades das ações da entidade, levando em consideração sua viabilidade e seu potencial humano e financeiro, listar estratégias, o caminho escolhido pela entidade para se alcançar o objetivo proposto).

G) Recursos Humanos

Nome	Escolaridade	Função	Regime de Contrato	Valor do Salário

H) Infraestrutura (Ambiente físico: salas de atendimento individualizado, sala de atividades coletivas e comunitárias, cozinha, instalações sanitárias, pátio, etc. Comentar se o prédio já atende as condições de acessibilidade de acordo com as normas da ABNT, etc).

I) Capacidade de atendimento

J) Origem dos recursos	
Recursos Próprios	
Eventos	0,00
Doação Espontânea	0,00
Sócio contribuinte	0,00
Retenção de benefícios (BPC/Aposentadoria)	0,00
Cota patronal	0,00
Rendimentos	0,00
Aluguéis	0,00
Outros:	0,00
TOTAL:	0,00

Recursos Convênios Públicos				
	Municipal	Estadual	Federal	Total
Assistência				
Educação				
Saúde				
Cultura				
Incentivo Fiscal				
Outros:				
TOTAL:	0,00			

Recursos Materiais	
Recurso Material	Quantidade
Computadores	0
Telefone	0
Veículo	0

Impressora	0
Tv	0
Som	0
Outros:	0

K) Metas (Mostrar o objetivo que se quer atingir e o prazo para alcançá-lo ou se aproximar do desejado).

L) Monitoramento e Avaliação (Utilizar os indicadores estabelecidos com base nos objetivos. Descrever como será realizado o acompanhamento contínuo do desenvolvimento das atividades e apresentar a tipologia e a periodicidade da avaliação adotada pela entidade, para identificar os avanços e dificuldades visando um possível aprimoramento).

Fazenda Rio Grande, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Representante Legal da Entidade

ANEXO III

Relatório das Atividades do Exercício Anterior

A) Dados da Entidade		
Nome da Entidade:		
CNPJ:	Data de inscrição no CNPJ:	

B) Finalidades Estatutárias (Conforme previsto no Estatuto da Organização)

C) Apresentação (Conforme a descrição do Serviço exposto na Resolução CNAS N° 109/2009-Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Descrever do que se trata o trabalho desenvolvido, qual público atendido e área de abrangência; sua relevância à sociedade; metodologia de trabalho; os parceiros para o desenvolvimento das atividades. Apresentar também os princípios que norteiam as ações, de forma que expressem os valores morais, culturais, políticos, etc.)

D) Diagnóstico (Elaborar a análise das principais demandas e problemáticas sociais e suas implicações. Utilizar estudos, pesquisas, diagnósticos realizados pelo próprio serviço e por outros órgãos)

E) Objetivos (Conforme os objetivos expostos na Resolução CNAS N° 109/2009 Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais).

F) Prioridades e Estratégias (Listar as prioridades das ações da entidade, levando em consideração sua viabilidade e seu potencial humano e financeiro, listar estratégias, o caminho escolhido pela entidade para se alcançar o objetivo proposto).

G) Recursos Humanos

Nome	Escolaridade	Função	Regime de Contrato	Valor do Salário

H) Infraestrutura (Ambiente físico: salas de atendimento individualizado, sala de atividades coletivas e comunitárias, cozinha, instalações sanitárias, pátio, etc. Comentar se o prédio já atende as condições de acessibilidade de acordo com as normas da ABNT, etc).

--

I) Capacidade de atendimento

--

J) Origem dos recursos:

Recursos Próprios

Eventos	
Doação Espontânea	
Sócio contribuinte	
Retenção de benefícios (BPC/Aposentadoria)	
Cota patronal	
Rendimentos	
Aluguéis	
Outros:	
TOTAL:	

Recursos Convênios Públicos				
	Municipal	Estadual	Federal	Total
Assistência				
Educação				
Saúde				
Cultura				
Incentivo Fiscal				
Outros:				
TOTAL:				

Recursos Materiais	
Recurso Material	Quantidade
Computadores	
Telefone	
Veículo	
Impressora	
Tv	
Som	
Outros:	

K) Metas (Mostrar o objetivo que se quer atingir e o prazo para alcançá-lo ou se aproximar do desejado).

L) Monitoramento e Avaliação (Utilizar os indicadores estabelecidos com base nos objetivos. Descrever como será realizado o acompanhamento contínuo do desenvolvimento das atividades e apresentar a tipologia e a periodicidade da avaliação adotada pela entidade, para identificar os avanços e dificuldades visando um possível aprimoramento).

Fazenda Rio Grande, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Representante Legal da Entidade

ANEXO IV

Roteiro de Visita

Fiscalização em Entidades de Atendimento a Pessoa com Deficiência

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

Motivação da Visita:	
() Solicitação de pedido de inscrição	() Renovação de inscrição
() Provocação do CMAS	
() Denúncia:	
() Outros:	

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

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:

Nome da Entidade Mantenedora:		
Endereço:	Nº	Bairro:
CEP:	Telefone:	E-mail:
Nome e qualificação do Dirigente (Presidente, Diretor, etc.):		

Caracterização do Regime de Atendimento Mantido pela Unidade
() Instituição de Longa Permanência () Residência Inclusiva () República () Outros:

Caracterização da Situação Legal e das Condições Básicas para Funcionamento da Unidade	
Número de Inscrição do CNPJ:	
Número de Alvará de Localização e Funcionamento:	Validade:
Número de Alvará de Autorização Sanitária:	Validade:
Número de Alvará do Corpo de Bombeiros:	Validade:

Número de Registro no Conselho de Assistência Social:
Número de Registro em Conselho Municipal:

Natureza Jurídica:	() Filantrópico () Particular () Municipal () Estadual () Federal
--------------------	---

Decreto de Utilidade Pública:
() Federal Nº () Estadual Nº () Municipal Nº

Possui Estatuto e/ou Regulamento Interno da Instituição:	() Sim () Não
--	-----------------------

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:

() Sim () Não

A Instituição possui arquivo de anotações de admissão individuais com dados de identificação do usuário, seus familiares, amigos ou responsável legal, seus endereços e motivo de seu abrigoamento:

() Sim () Não

A Instituição possui a relação dos pertences dos usuários e o valor de contribuição para a instituição?

() Sim () Não

A entidade celebrou contrato de prestação de serviço com o usuário ou seu responsável legal:

() Sim () Não

Especificar os usuários que ainda não celebraram referido contrato:

Critérios de Admissão dos usuários na Unidade:

Idade exigida para admissão: _____

Existem pessoas com mais de 60 anos abrigadas? () Não () Sim/Quantas? _____

Nome, data de nascimento e motivo:

Todos os usuários possuem carteira de identidade ou certidão de nascimento/casamento (documento ao exercício da cidadania)? () Sim () Não

Listar aqueles que não possuem identificação civil:

A Instituição providencia a imediata avaliação médica após o ingresso? () Sim () Não

Recebe outros dependentes para as atividades da vida diária? () Sim () Não

Especificar a quantidade de usuários com deficiência:

Auditiva: _____ Visual: _____ Intelectual: _____ Mental: _____ Física: _____ Autismo: _____

Múltiplas: Quais?

Outras:

Motivos mais frequentes do encaminhamento à Instituição:

() carência financeira

() abandono familiar

() doenças associadas à deficiência

() falta de pessoa para cuidar

() falta de moradia própria

() sem referência familiar

() outros:

Benefícios Previdenciários e Assistenciais:

Quantos usuários possuem renda:

Número de aposentados pelo INSS:

Valor médio das aposentadorias: R\$ _____

Número de beneficiários da Assistência Social (BPC/LOAS):

Quantos usuários possuem outras fontes de renda:

Quantos usuários não possuem renda:

Identificar o usuário que não possui renda e especificar o motivo de cada um deles:

Quem recebe os benefícios dos usuários citados acima:			
☐ o próprio	☐ familiares	☐ o curador	☐ a Instituição, com procuração
☐ a Instituição, sem procuração			

Especificar a quantidade de usuários 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? ☐ Sim ☐ Não
Relacionar o nome e número de usuários na referida lista: _____
Situação Familiar dos usuários: Recebem visitas? ☐ Sim ☐ Não ☐ Raramente
Em caso de não receber visita ou recebê-la raramente, especificar o nome do usuários e se conhece o motivo da ausência familiar:

A Entidade procura manter, estabelecer e fortalecer o vínculo das famílias com os usuários:
☐ Não ☐ Sim- De qual modo promove o estabelecimento desses vínculos: _____

A Entidade está aberta a visitas? ☐ Sim ☐ Não- Em caso negativo, detalhar o motivo: _____

Quais os dias e horários para visitação: _____

Há controle de entradas e saídas dos usuários: ☐ Sim ☐ 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 usuários que se alimentam através de sonda ou outro tipo de recurso:

()Não ()Sim/Quantos? _____

A Entidade fornece vestuário adequado ao usuário: ()Sim ()Não

Vestuário: A Entidade identifica as roupas de uso pessoal do usuário: ()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:

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: () 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: () 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 usuário: () 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 usuários 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 usuários e com adaptações: () 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 V
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 usuários;
- () 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 da pessoa com deficiência;
- () Falta de regimento interno ou estatuto da instituição;
- () Usuários sem documentação pessoal;
- () Falta de uma identificação externa visível da instituição (placa);
- () Instalações físicas inacessíveis;
- () Condições precárias de higiene e limpeza; () Alimentação;
- () Usuários sem renda, porém elegíveis ao BPC (Benefício de Prestação Continuada);
- () Inexistência de celebração de contrato escrito de prestação de serviço com o usuário;
- () Não fornecimento de vestuário adequado (no caso de entidade pública);
- () Não identificação do vestuário pessoal do usuário;
- () 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 usuários;
- () Não-disponibilização dos medicamentos básicos pelo SUS;
- () Falta de atividades que visem ao bem-estar dos usuários;
- () Ausência de acomodação/local apropriado para recebimento de visitas pelos usuários.

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

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

ANEXO VI

Plano de Melhorias

Senhor(a) Presidente(a) do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência - CMDPCD, 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 Nº 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:

Nº	Irregularidade	Ação a ser realizada	Prazo
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Fazenda Rio Grande, ____ de _____ de 2019.

Assinatura representante legal da entidade

ANEXO VII

Registro da Entidade

O Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência- CMDPCD do município de Fazenda Rio Grande, no uso de suas atribuições, conforme estabelece a Resolução Normativa N°002/2019 concede o Registro da Entidade abaixo:

Identificação da Entidade	
Entidade:	
CNPJ:	
Endereço:	Nº Bairro:
Município: Fazenda Rio Grande	Tel:
Informações sobre o Registro	
Data da visita da Comissão à Entidade:	
Data da Assembleia de aprovação do Registro da Entidade:	
Número da Ata de aprovação do Registro da Entidade/ Renovação:	
Número e data da Resolução:	
Número e data do Diário Oficial:	
Número do Certificado:	
Parecer do Conselho:	
Conselheiros Responsáveis pelo Parecer:	
Nome	Assinatura

Fazenda Rio Grande, ____ de _____ de _____.