

 CONSELHO MUNICIPAL DE DIREITOS

 DO IDOSO CRICIÚMA – SC

# Ficha de Inscrição de Programas e de Serviços de Atendimento à Pessoa Idosa

**I. Dados Cadastrais**

**1.1. Identificação da Instituição**

Nome da Instituição: .............................................................................................................

Nome Fantasia: ....................................................................................................................

Endereço: .............................................................................................................................

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

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

CNPJ: .............................................................

Fone/Fax: .......................................................

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

Início do Funcionamento: ......................................

Situação: ................................................................

**1.2. Responsável**

1.2.1 Administrativo

Nome Completo:................................................................... Função: .............................................

Nº do Registro Profissional: .....................................................

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

Formação:........................................................................

1.2.2 Técnico

Nome Completo:........................................................ Função: ............................................

Nº do Registro Profissional: ............................................

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

Formação:..........................................................................

**1.3. Natureza Jurídica**

1.3.1 Pública ( )

1.3.2 Privada ( )

 1.3.2.1 com fins lucrativos ( )

 1 3.2.2 sem fins lucrativos ( )

 1.3.2.2.1 Religiosa ( )

 1.3.2.2.2 Outra. Especificar: ..................................................................

**1.4. Fonte Principal de Recursos Financeiros**

1.4.1 Recurso Próprio ( )

1.4.2 Entidade Mantenedora ( )

1.4.3 Convênios

 1.4.3.1 Municipal ( )

 1.4.3.2 Estadual ( )

 1.4.3.3 Federal ( )

1.4.4 Doações

 1.4.4.1 Pessoas Físicas ( )

 1.4.4.2 Pessoas Jurídicas ( )

1.4.5 Participação das três esferas de governo ( )

1.4.6 Outra(s). Especificar: ......................................................................

**1.5. Clientela-alvo (em números):**

1.5.1 Masculino – Quantos? .........................

 1.5.1.1) 60 a 64 anos – Nº ........

 1.5.1.2) 65 a 69 anos – Nº ........

 1.5.1.3) 70 a 74 anos – Nº ........

 1.5.1.4) 75 a 79 anos – Nº ........

 1.5.1.5) 80 a 84 anos – Nº ........

 1.5.1.6) 85 a 89 anos – Nº ........

 1.5.1.7) 90 a 94 anos – Nº ........

 1.5.1.8) 95 e mais – Nº ........

1.5.2 Feminino - Quantos? ...................

 1.5.2.1) 60 a 64 anos – Nº ........

 1.5.2.2) 65 a 69 anos – Nº ........

 1.5.2.3) 70 a 74 anos – Nº ........

 1.5.2.4) 75 a 79 anos – Nº ........

 1.5.2.5) 80 a 84 anos – Nº ........

 1.5.2.6) 85 a 89 anos – Nº ........

 1.5.2.7) 90 a 94 anos – Nº ........

 1.5.2.8) 95 e mais – Nº ........

**II. Caracterização dos Programas e Serviços**

**2.1 Programa de Proteção e Atenção Social Básica**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Serviços | diário | sem. | quinz. | mens | eventual | carga hor. | n. idosos |
| 2.1.3. Casa-Lar |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1.4. República |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1.5. Condomínio |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1.1. Centro de Convivência |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1.7. Grupo de Convivência |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1.2. Oficina Abrigada de Trabalho |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1.6. Atendimento Domiciliar |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1.8. Plantão Social |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1.9. PSF/ UBS |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1.10. Assistência Farmacêutica Básica |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1.11. Grupos de Educação em Saúde |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1.12. Exames Complem. Diagnóstico |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.1.13. Exames Especializados |  |  |  |  |  |  |  |

**2.2 Programa de Proteção e Atenção Social Especial**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Serviços | diária | sem. | quinz | mens | eventual | carga hor. | n. idosos |
| 2.2.1. Atendimento asilar |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2.2. Casa-Lar |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2.3. Condomínio |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2.4. República |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2.5. Moradias provisórias para adultos e idosos (albergue e casa de passagem) |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2.6. Centro de Cuidados Diurno/ Centro Dia, Hospital-Dia |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2.7. Centro de Referência |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2.8. Assistência farmacêutica especial |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2.9. Apoio Sócio-Familiar ao Idoso |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.2.10. Atendimento domiciliar |  |  |  |  |  |  |  |

**2.3. Programa de Humanização - Acolhimento**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Serviços | diário | sem. | quinz | mens | eventual | carga hor. | n. idosos |
| 2.3.1 Caderneta de saúde |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.3.2 Visitas domiciliares periódicas |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.3.3 Saúde mental – UBS e CAPS |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.3.4. Identificação, notificação de violência |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.3.5 Consultas  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.3.6 Internação domiciliar |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.3.7 Cadastramento dos idosos pelo PSF |  |  |  |  |  |  |  |

**2.4. Programa de Prevenção ao Câncer**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Serviços | diário | sem. | quinz | mens | eventual | carga hor. | n. idosos |
| 2.4.1 Boca |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.4.2 Mama |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.4.3 Útero |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.4.4 Próstata |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.4.5 Outros:........................ |  |  |  |  |  |  |  |

**2.5. Programa de Imunização**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Serviços | diário | sem. | quinz | mens | eventual | carga hor. | n. idosos |
| 2.5.1. Vacina tétano |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.5.2. Vacina influenza |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.5.3. Vacina pneumocócica |  |  |  |  |  |  |  |

**2.6. Programa de Assistência em Órteses e Próteses**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Serviços: concessões de  | diário | sem. | quinz | mens | eventual | carga hor. | n. idosos |
| 2.6.1 Próteses dentárias |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.6.2 Próteses auditivas |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.6.3 Óculos |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.6.4 Outras: ....................... |  |  |  |  |  |  |  |

**2.7. Programa de Saúde da Família**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Serviços | diário | sem. | quinz | mens | eventual | carga hor. | n. idosos |
| 2.7.1 Grupos de educação em saúde |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.7.2 Grupos de cuidados diários com a cavidade bucal |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.7.3 Consultas e avaliação, tratamento e colocação de prótese |  |  |  |  |  |  |  |

**2.8. Programa de Assistência Suplementar Nutricional**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Serviços | diário | sem. | quinz | mens | eventual | carga hor. | n. idosos |
| 2.8.1 Consultas |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.8.2 Orientação alimentar  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.8.3 Concessão de sondas  |  |  |  |  |  |  |  |

**2.9. Programa de Ações Educativas**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Serviços | diário | sem. | quinz | mens | eventual | carga hor. | n. idosos |
| 2.9.1 Alfabetização |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.9.2 Educação de jovens e adultos |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.9.3 Inclusão digital |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.9.4 Línguas estrangeiras |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.9.5 Escola aberta |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.9.6. Outros: ....................... |  |  |  |  |  |  |  |

**2.10. Programa de Recreação, Esporte e Lazer**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Serviços | diário | sem. | quinz | mens | eventual | carga hor. | n. idosos |
| 2.10.1 Caminhadas orientadas |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.10.2 Jogos adaptados |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.11.3 Atividades físicas |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.11.4 Núcleo Vida Saudável (ME) |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.11.5 Passeios |  |  |  |  |  |  |  |

**III Recursos Humanos**

**3.1 Profissionais de nível superior**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Profissionais** | **Serviço próprio** | **Serviço conveniado** |
| **Número de profissionais** |
| **Contrat.** | **voluntário** | **cedido** | **estagiário** |
| 3.1.1 Médico |  |  |  |  |  |
| 3.1.2 Psicólogo |  |  |  |  |  |
| 3.1.3 Odontólogo |  |  |  |  |  |
| 3.1.4 Assistente Social |  |  |  |  |  |
| 3.1.5 Terap. Ocupacional |  |  |  |  |  |
| 3.1.6 Fonoaudiólogo |  |  |  |  |  |
| 3.1.7 Nutricionista |  |  |  |  |  |
| 3.1.8 Enfermeiro |  |  |  |  |  |
| 3.1.9 Fisioterapeuta |  |  |  |  |  |
| 3.1.10 Educador Físico |  |  |  |  |  |
| 3.1.11 Professor |  |  |  |  |  |
| 3.1.12 Outros .................. |  |  |  |  |  |

**3.2. Profissionais de nível médio ou técnico**

|  |  |
| --- | --- |
| **Profissionais** | **Número de profissionais** |
| **contratado** | **voluntário** | **cedido** | **estagiário** |
| 3.2.1 Técnico em enfermagem |  |  |  |  |
| 3.2.2 Auxiliar de enfermagem |  |  |  |  |
| 3.2.3 Recreacionista |  |  |  |  |
| 3.2.4 Professor |  |  |  |  |
| 3.2.5 Outros: .................................... |  |  |  |  |

**4. Documentação referente ao idoso:**

4.1 Prontuário atualizado por idoso:

4.1.1 Sim ( ) (anexar modelo)

4.1.2 Não ( )

4.2 Contrato de prestação de serviços:

4.2.1 Sim ( ) (anexar modelo)

4.2.2 Não

4.3 Ficha cadastral com dados pessoais e familiares

4.3.1 Sim ( ) (anexar modelo)

 4.3.2 Não

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

5.1 Cópia do estatuto da instituição

5.2 Registro em cartório

5.3 CNPJ

5.4 Registro na Secretaria da Justiça e Desenvolvimento Social

5.5 Cópia de Alvará (última renovação):

 5.5.1 De localização e de funcionamento

5.5.2 De autorização sanitária

Criciúma, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura dos responsáveis pelas informações