**CONSELHO ESTADUAL DA PESSOA IDOSA**

**Ficha de Inscrição de Programas e de Serviços de Atendimento à Pessoa Idosa – Órgãos Governamentais - OG e Entidades Não Governamentais - ENG** *De acordo com o artigo 48 do Estatuto do Idoso as entidades governamentais e não-governamentais estão sujeitas a inscrição de seus programas nos Conselhos do Idoso.*

**I. Dados Cadastrais**

**1. Identificação da Instituição**

Nome da Instituição: ............................................................................................................. *Preencher com o nome da Entidade ou da Secretaria Municipal que estiver inscrevendo seus serviços.*

Nome Fantasia: .................................................................................................................... *Preencher com o nome da entidade que é a executora do programa ou serviço.*

*Nos casos de Secretarias Municipais pode ser preenchido com o nome da Coordenadoria da Pessoa Idosa, por exemplo.*

Número de Inscrição no Conselho: ...................................................................................... *A mesma entidade terá sempre o mesmo nº.*

Endereço: ............................................................................................................................. *Preencher o endereço e demais dados abaixo da executora dos programas. Por exemplo, uma coordenadoria pode ter endereço diferente da Secretaria Municipal.*

Bairro: ............................................................. CEP: ...................................... Cidade: ........................................................... UF: ...................................... CNPJ: .............................................................

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

E-mail: ............................................................ Site:............................................................... Início do Funcionamento: ......................................

Situação: regular ( ) Obs: ................................................................................................................. .............................................................................................................................................................

**2. Responsável**

2.1 Administrativo

Nome Completo:........................................................ Função: ............................................. Nº do Registro Profissional: .....................................................

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

*Dados do representante legal da Entidade: secretário municipal, presidente ou diretor, por exemplo.*

2.2 Técnico

Nome Completo:........................................................ Função: ............................................ Nº do Registro Profissional: ............................................

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

*Dados do coordenador do programa ou serviço.*

**3. Natureza Jurídica**

3.1 Pública ( )

3.2 Outra. Especificar: ..................................................................

**4 Fonte Principal de Recursos Financeiros**

*(Considerar a receita com a qual são mantidos continuamente os programas e serviços)*

4.1 Recurso Próprio ( )

4.2 Entidade Mantenedora ( )

4.3 Convênios

*(Requer a formalização e assinatura de instrumento legal)*

4.3.1.Municipal ( )

 4.3.2. Estadual ( )

 4.3.3. Federal ( )

4.4 Doações

4.4.1 Pessoas Físicas ( )

4.4.2 Pessoas Jurídicas ( )

4.5 Participação das três esferas de governo ( )

*(É a forma de financiamento dos programas governamentais)*

4.6 Outra(s). Especificar: ......................................................................

4.7 Pessoas idosas atendidas:

4.7.1 Capacidade de atendimento da entidade:

4.7.2 Número de idosos atendidos:

 a) Masculino:

 b) Feminino:

**II. Caracterização dos Programas e Serviços**

*(Considerar apenas o programa ou serviço voltado à pessoa idosa que está sendo desenvolvido pela entidade)*

**Entidade Governamental ( )**

**Entidade Não-governamental ( )**

 *No atendimento assinalar com um x a frequência com a qual o serviço é prestado.*

*Na carga horária considerar em nº o total de horas.*

**5. Promoção e Proteção e Atenção Básica (sim ou não)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Serviços** | **Atendimento é prestado** |
| **Sim** | **Não**  | **Nº de Idosos**  |
| 5.1 Grupo de Convivência Nº Grupos:  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5.2 Centro de Convivência Nº Centros:  |  |  |  |
|  5.3 Carteira do Idoso |  |  |  |
|  5.4 Atendimento Domiciliar |  |  |  |
|  5.5 Visita domiciliar |  |  |  |
| 5.6 Plantão Social |  |  |  |
| 5.7 Atendimento Psicossocial  |  |  |  |
| 5.8 Assistência Farmacêutica Básica |  |  |  |
| 5.9 Grupos de Educação em Saúde Nº Equipes: ... Nº Grupos: ... |  |  |  |
|  5.10 Exames Complementares de Diagnóstico |  |  |  |
| 5.11 Exames Especializados |  |  |  |
| 5.12 Grupos de cuidados diários com a cavidade bucal |  |  |  |
| 5.13 Consultas e avaliação, tratamento e colocação de prótese |  |  |  |
| 5.14 Estratégia de saúde da família (ESF/ UBS) Nº Equipes: ... |  |  |  |
| 5.15 Cadastramento dos idosos pelo ESF |  |  |  |
| 5.16 Caderneta de saúde da pessoa idosa |  |  |  |
| 5.17 Saúde mental – UBS e CAPS |  |  |  |
| 5.18 Identificação, notificação de violência |  |  |  |
| 5.19 Consultas  |  |  |  |
| **5.20** **Programa de Prevenção ao Câncer (mama, útero, próstata, outros)** |  |  |  |
|  5.21Programa de Imunização |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  5.21.1 Vacina tétano |  |  |  |
|  5.21.2 Vacina influenza |  |  |  |
|  5.21.3 Vacina pneumocócica |  |  |  |
|  5.21.4 Vacina de covid-19. |  |  |  |
| **5.22** **Programa de Assistência Suplementar Nutricional** |  |  |  |
|  5.22.1 Consultas |  |  |  |
|  5.22.2 Orientação alimentar |  |  |  |
|  5.22.3 Outros ... |  |  |  |
| **5.23** **Programa de Ações Educativas** |  |  |  |
|  5.23.1 Alfabetização |  |  |  |
|  5.23.2 Educação de jovens e adultos |  |  |  |
|  5.23.3 Inclusão digital |  |  |  |
|  5.23.4 Línguas estrangeiras |  |  |  |
|  5.23.5 Escola aberta |  |  |  |
|  5.23.6 Outros: ... |  |  |  |
| **5.24** **Programa de Recreação, Esporte e Lazer** |  |  |  |
|  5.24.1 Caminhadas orientadas |  |  |  |
|  5.24.2 Jogos adaptados |  |  |  |
|  5.24.3 Atividades físicas |  |  |  |
|  5.24.4 Núcleo Vida Saudável (ME) |  |  |  |
|  5.24.5 Passeios |  |  |  |
|  5.24.6 Outros ... |  |  |  |

**6. Promoção e Proteção de Atenção Especial**

|  |  |
| --- | --- |
| **Serviços** | **Se executa (sim ou não)** |
| **Sim** | **Não** | **Nº de Idosos** |
| 6.1 Atendimento institucional de moradia (ILPI) |  |  |  |
| 6.2 Casa-Lar |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6.3 Condomínio |  |  |  |
| 6.4 República |  |  |  |
| 6.5 Moradias provisórias para adultos e idosos (albergue e casa de passagem) |  |  |  |
| 6.6 Centro de Cuidados Diurno/ Centro Dia, Hospital-Dia |  |  |  |
| 6.7 Centro de Referência |  |  |  |
| 6.8 Assist. farmacêutica especial |  |  |  |
|  6.9 Apoio Sócio Familiar ao Idoso |  |  |  |
|  6.10 Internação domiciliar |  |  |  |
|  6.11 Programa de Assistência em Órteses e Próteses |  |  |  |
|  6.11.1 Próteses dentárias |  |  |  |
|  6.11.2 Próteses auditivas |  |  |  |
|  6.11.3 Óculos |  |  |  |
|  6.11.4 Sondas e dietas |  |  |  |
| 6.11.5 Outras: ... |  |  |  |
| 6.12 Outro(s) serviço(s): ... |  |  |  |

4

**III. Recursos Humanos**

**7. Profissionais de Nível Superior**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Profissionais** | **Serviço próprio**  | **Serviço** **conveniado** |
| **Nº** **Contratados** | **Nº** **Voluntários** | **Nº** **Cedidos** | **Nº** **Estagiários** |
| 7.1 Médico |  |  |  |  |  |
| 7.2 Psicólogo |  |  |  |  |  |
| 7.3 Odontólogo |  |  |  |  |  |
| 7.4 Assistente Social |  |  |  |  |  |
| 7.5 Terapeuta Ocupacional |  |  |  |  |  |
| 7.6 Fonoaudiólogo |  |  |  |  |  |
| 7.7 Nutricionista |  |  |  |  |  |
| 7.8 Enfermeiro |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7.9 Fisioterapeuta |  |  |  |  |  |
| 7.10 Educador Físico |  |  |  |  |  |
| 7.11 Professor |  |  |  |  |  |
| 7.12 Outros ... |  |  |  |  |  |

**08. Profissionais de Nível Médio ou Técnico**

|  |  |
| --- | --- |
| **Profissionais** | **Número de profissionais** |
| **Nº contratados**  | **Nº** **voluntários** | **Nº cedidos**  | **Nº estagiários** |
| 8.1 Técnico em enfermagem |  |  |  |  |
| 8.2 Auxiliar de enfermagem |  |  |  |  |
| 8.3 Recreacionista |  |  |  |  |
| 8.4 Professor |  |  |  |  |
| 8.5 Outros: ... |  |  |  |  |

**09. Documentação referente ao idoso:**

09.1 Ficha cadastral com dados pessoais e familiares

09.2.1 Sim ( ) (anexar modelo)

09.2.2 Não ( )

**10. Anexos**

10.1 Alvará de funcionamento

10.2 Alvará da vigilância sanitária (se for o caso)

10.3 Estatuto ou regimento da entidade

10.4 CNPJ.

 Município, dia, mês, ano.

Nome e assinatura do responsável pelas informações