



ATO DA DIRETORIA DO CMDPI Nº 08/2024

Dispõe sobre alterações no Ato da Diretoria nº 04/23, que cria do Grupo de Trabalho de Visitas

A Diretoria do CMDPI, no uso das atribuições que lhe são conferidas, especialmente pelo art. 6º do Regimento Interno, anexo único à Resolução CMDI nº 05, de 19 de abril de 2012, e em virtude do desligamento de Conselheiros membros do Grupo de Visitas,

RESOLVE:

Art. 1º. Ficam revogados os incisos I, II e VII, do art. 2º, do Ato da Diretoria CMDPI nº 04/23.

Art. 2º. Fica acrescentado o inciso V, ao artigo 3º, do Ato da Diretoria CMDPI nº 04/23, com a seguinte redação:

“Art. 3º - ... (omissis)

...

V – preencher o Relatório de Visita Técnica, na forma do anexo único a este ato”.

Art. 3º. Este ato entrará em vigor na data de sua publicação.

Cotia, 18 de outubro de 2024

Sergio Uyehara
Presidente do CMDPI

Publicada e Registrada na sede do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa Idoso, aos 18 de outubro de 2024.

Karla Amaro Alves
Secretária do CMDPI



ANEXO ÚNICO AO ATO DA DIRETORIA Nº 08/24

RELATÓRIO DE VISITA TÉCNICA
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

1) IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Nome: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Município: _____ Cep: _____

Telefone/fax: _____ E-mail: _____

Nome do representante legal: _____

Responsável Técnico: _____

2) CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO:

a) Instituição de Longa Permanência para Idosos ()

a.1) sem fins lucrativos ()

a.2) com fins lucrativos ()

b) Possui utilidade pública municipal: () SIM () NÃO

c) Outros: ()

Descrever _____

3) DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO MOMENTO DA VISITA:

4) NÚMERO DE IDOSOS: _____ **5) CAPACIDADE DE ATENDIMENTO:** _____

5) GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS, PREENCHER COM A QUANTIDADE:

GRAU I () GRAU II () GRAU III ()

17) RECURSOS HUMANOS.

| Categoria profissional | QTD. | Periodicidade | Frequência de Atividade |
|-------------------------------|-------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Assistente Social | | () diária () semanal () mensal | |
| Advogado | | () diária () semanal () mensal | |
| Cuidador | | () diária () semanal () mensal | |
| Psicólogo | | () diária () semanal () mensal | |
| Fisioterapeuta | | () diária () semanal () mensal | |
| Nutricionista | | () diária () semanal () mensal | |
| Terapeuta Ocupacional | | () diária () semanal () mensal | |
| Monitor / Recriador | | () diária () semanal () mensal | |
| Assistente de Limpeza | | () diária () semanal () mensal | |
| Administrativos | | () diária () semanal () mensal | |
| Cozinheira | | () diária () semanal () mensal | |
| Técnico de enfermagem | | () diária () semanal () mensal | |
| Enfermeiro | | () diária () semanal () mensal | |
| Médico | | () diária () semanal () mensal | |
| Outros; citar | | | |

Observações adicionais:

18) EXISTEM VOLUNTÁRIOS? _____ QUANTOS? ()

Frequência das atividades: () diária () semanal () mensal

Existe regulamentação dos mesmos na entidade? Sim Não

Existe contrato de voluntariado? Sim Não

Descreva os tipos de atividades:

19) PATRIMÔNIO

| Imóvel | | Alugado | Próprio | Cedido |
|---------------------------|----------------|---------|---------|--------|
| Equipamentos | Adequado () | | | |
| | Inadequado () | | | |
| Veículos: () não () sim | | | | |
| Outros: | | | | |
| Área total: | | | | |
| Área Construída: | | | | |

20) CASO SEJA OBSERVADO EQUIPAMENTOS INADEQUADOS NO IMÓVEL FAZER UM RELATO ACERCA DA SITUAÇÃO.

21) BREVE RELATO DE CONVERSA COM IDOSOS ACOLHIDOS:

22) OBSERVAÇÕES:

25) HOUVE ADEQUAÇÃO SOLICITADA ANTERIORMENTE À VISITA?

() SIM () NÃO

26) ADEQUAÇÕES FORAM CUMPRIDAS NO PRAZO ESTABELECIDO?

() SIM () NÃO

| |
|----------------------------------|
| Descreva observações relevantes: |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES: _____

CONSELHEIRO

CONSELHEIRO

Cotia ____/____/20__

| CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DA ENTIDADE | | |
|--|---------------------|--------------------------------|
| Quantos dormitórios em uso? () | Sem uso? () | Quantos leitos por dormitório? |
| Os dormitórios são amplos? () | Arejados? () | Adaptados? () |
| Descreva observações relevantes e/ou necessidade de adequação: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| O mobiliário dos aposentos é adequado () SIM () NÃO | | |
| Os internos apresentam objetos pessoais () SIM () NÃO | | |
| Quantos banheiros em uso há na entidade? () | | |
| Descreva as suas condições de higiene e acessibilidade e/ou necessidade de adequação: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Possui quantos vestiários/quarto de descanso para funcionários: () | | |
| Estão em boas condições? Descreva observações relevantes: | | |
| | | |
| | | |
| A cozinha se apresenta em instalações adequadas de estrutura, higiene e funcionalidade () SIM () NÃO | | |
| Descreva observações relevantes: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| ESPAÇOS INTERNOS PARA CONVIVÊNCIA E LAZER | | OBSERVAÇÕES GERAIS |
| Possui espaço para visitas | () SIM () NÃO | |
| Possui sala de vídeo e TV | () SIM () NÃO | |
| Possui sala de jogos | () SIM () NÃO | |
| Possui sala para atividades ocupacionais | () SIM () NÃO | |
| Possui local adequado para fisioterapia | () SIM () NÃO | |

| ESPAÇOS EXTERNOS PARA CONVIVÊNCIA E LAZER | OBSERVAÇÕES GERAIS |
|--|---------------------------|
| Possui jardim () SIM () NÃO | |
| Possui horta () SIM () NÃO | |
| Possui áreas para banho de sol () SIM () NÃO | |
| Possui áreas para exercícios ou esportes () SIM () NÃO | |

Descreva observações relevantes:

| |
|--|
| Cardápio feito por nutricionista () SIM () NÃO |
| Variado e Balanceado () SIM () NÃO |
| Descreva observações relevantes: |
| |
| |
| |
| Os internos optam no cardápio? () SIM () NÃO |
| Estão satisfeitos com a alimentação? () SIM () NÃO |
| Descreva observações relevantes: |
| |
| |
| QUANTAS REFEIÇÕES SÃO OFERECIDAS AO LONGO DO DIA? () |

Café da manhã () / Lanche da manhã () / Almoço () / Lanche da tarde () / Jantar () / Ceia ()

Descreva observações relevantes:
