ANEXO II

FORMULÁRIO DE REGISTRO NO CMII - CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE		
Denominação:		
Endereço:		
Número:	**Bairro:**	**Município:**
Telefone:	**Fax:**	**Estado:**
E-mail:		
Caixa Postal:	**CEP:**	
CNPJ:		
Natureza: ( ) Pública ( ) Privada		
Orientação: ( ) Religiosa ( ) Leiga		
Localização: ( ) Urbana ( ) Rural		
ASPECTOS LEGAIS		
Estatuto: ( ) Sim ( ) Não	**Regimento Interno: ( ) Sim ( ) Não**	
Data da Fundação:	**Registro em Cartório:**	
Número:	**Folha:**	**Data:**
Ata de posse da atual diretoria:	**Registro em Cartório:**	
Número:	**Folha:**	**Data:**
Período de mandato da atual diretoria: De ____/____/_____ até ____/____/_____		
Possui: ( ) Registro no CMII ( ) Certificado de Utilidade Pública ( ) Outros Quais? _____		
IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTA LEGAL		
Nome:		
CPF:	**RG:**	
Título de Eleitor n°:	**Zona:**	**Seção:**
Cargo:		
Vigência do Mandato:	**Início: ___/___/_____**	**Término: ___/___/_____**

Endereço:		**Número:**
Bairro:	**CEP:**	**Município:**
Telefone:	**E-mail:**	

IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELA ENTIDADE

Nome	Função	Documento

NOME DO PROJETO DE ATENÇÃO AO IDOSO:

FUNCIONAMENTO DO PROJETO

( ) Diário ( ) Semanal ( ) Quinzenal ( ) Mensal ( ) Outros:

ATENDIMENTO AO PÚBLICO

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 ( ) Casa-Lar ( ) Grupos Especiais
( ) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e Grupo de Convivência, Arte e Lazer
( ) Outros. Especificar:

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO PARA ATENDIMENTO

( ) Domicílio/área geográfica e per capita
( ) Idade
( ) Público alvo da Assistência Social
( ) Renda Familiar
( ) Outros. Especificar:
( ) Situação de Saúde/Doente Crônico (dependência, independência, etc.)
( ) Violação de direitos, etc
( ) Situação de abandono/risco apresentada

ENFOQUE DO ATENDIMENTO

Multidisciplinar (especificar áreas):
FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO
Dias:
Horários:
ATIVIDADE PRINCIPAL
( ) Assistência Social ( ) Saúde ( ) Cultura ( ) Educação ( ) Lazer ( ) Outros Quais?
OBJETIVO DA ENTIDADE COM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO AO IDOSO
PLNEJAMENTO 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 **( ) % de renda do idoso pelo PBC ( ) Mensalidade** **( ) Outros. Quais?**
RESUMIR OS SERVIÇOS PRESTADOS PELA ENTIDADE AO IDOSO

_____
Assinatura do Representante

Nome: _____

CPF: _____

Data: ____/____/_____

E-mail: conselhoidosoitajai@hotmail.com
Rua Brusque, 257 - Centro - Itajaí SC - CEP 88302-000
Telefone: (47) 3248-0800 R 213