



## RESOLUÇÃO Nº 013/2016

**Regulamenta as Vistorias e o Registro no COMID de entidades governamentais de assistência ao idoso.**

O CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO DE SANTA MARIA – COMID, no uso de suas competências legais e regimentais, de acordo com a Lei Municipal nº 5135/08 e Lei Municipal nº 5040/07, alterada pela Lei Municipal nº 5492/11, após deliberação em Reunião Plenária realizada em 13/09/2016 e **considerando**:

- a necessidade de cumprir o prescrito na Lei nº 10.741/2003, Estatuto do Idoso, que determina aos Conselhos Municipais as atribuições de registro e fiscalização das entidades governamentais e não governamentais de assistência ao idoso;

- que para registrar tais Instituições é necessária a normatização das competências e a padronização dos procedimentos para vistorias e o respectivo registro;

**RESOLVE:**

### **CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS**

**Art. 1º.** Normatizar as vistorias e o registro de entidades governamentais e não governamentais de assistência ao idoso no Conselho Municipal do Idoso de Santa Maria – COMID, conforme determina a Lei nº 10.741/2003, Estatuto do Idoso.

### **CAPÍTULO II DAS ATRIBUIÇÕES**

**Art. 2º.** São atribuições da Secretária Executiva do COMID:

- I. receber o requerimento e os documentos de solicitação de registro;
- II. conferir e emitir o recibo da documentação recebida;
- III. preencher a folha de protocolo e acompanhamento do processo (anexo nº 1) e montar o processo numerando as folhas, sendo a folha “01” o requerimento.

- IV. encaminhar o processo ao Presidente do Núcleo de Coordenação;
- V. após aprovação do Registro, emitir o respectivo Certificado de Registro (anexo nº 4) e registrá-lo em livro próprio;
- VI. assinar os Certificados de Registro junto com o Presidente.

**Art. 3º.** São atribuições do Presidente do Núcleo de Coordenação do COMID:

- I. receber da Secretária o processo de registro e verificar a legalidade da solicitação;
- II. determinar correções ou encaminhar o processo para a Comissão de Vistoria especificando prazo para retorno do processo;
- III. autorizar a participação de instituições ou de pessoas, que não façam parte da Comissão, nas vistorias;
- IV. receber o processo com o parecer da Comissão de Vistoria e analisar;
- V. levar o processo para apreciação do Núcleo de Coordenação;
- VI. levar o processo para a Reunião Plenária para apreciação;
- VII. encaminhar cópia das vistorias ao Ministério Público.

**Art. 4º.** São atribuições da Comissão de Vistoria:

- I. receber o processo e realizar a vistoria (anexo nº 3) e encaminhar ao Presidente;
- II. expor para a Plenária sobre a vistoria e seu parecer.

**Art. 5º.** São atribuições exclusivas da Reunião Plenária:

- I. autorizar o registro conforme o processo, podendo este, conter recomendações para cumprir em prazo determinado, sob pena de revogação do Registro;
- II. negar o registro, devendo para isto especificar os motivos de forma detalhada e objetiva;

### **CAPÍTULO III DO REQUERIMENTO E DOCUMENTOS**

**Art. 6º.** A solicitação de registro de Instituição no COMID será feita através de requerimento (modelo anexo nº 2), com os seguintes documentos:

- a. comprovante de endereço;
- b. cópia do Alvará de Localização;
- c. cópia do Alvará dos Bombeiros;
- d. cópia do Alvará da Vigilância Sanitária;
- e. Cartão de Inscrição no Ministério da Fazenda;
- f. cópia do Estatuto Social registrado em Cartório (se filantrópica)
- g. cópia do Contrato Social registrado em Cartório (se Empresa);
- h. cópia do da carteira de identidade e CPF do Presidente da Instituição ou seu Represente legal;

- i. relação de todos os assistidos constando o sexo, a data de nascimento, número do CPF/MF, número da CIC com o Órgão expedidor e o grau de dependência.

**Parágrafo Único.** Nos itens que se referem aos alvarás, os mesmos poderão ser substituídos pelos protocolos, caso estejam em tramitação, com o compromisso de serem apresentados assim que expedidos, sob pena de revogação do Certificado de Registro.

## **CAPÍTULO IV DO REGISTRO**

**Art. 7º.** Após aprovado o registro em Reunião Plenária, este será lavrado em livro próprio e o processo arquivado.

**Art. 8º.** As Instituições serão classificadas, para fins de registro, *quanto ao tipo* conforme segue:

- “**A**” = ILPI Filantrópica;
- “**B**” = Casa Geriátrica;
- “**C**” = Residencial Geriátrico;
- “**D**” = Clínicas para Idosos;
- “**E**” = Hospital Geriátricos;
- “**F**” = Clube da Terceira Idade;
- “**G**” = Casa de Passagem
- “**H**” = Casa Lar;
- “**I**” = Albergue;
- “**J**” = Família Substituta e Família Acolhedora.

**Art. 9º.** Os Registros serão numerados por uma série de 10 (dez) caracteres alfanuméricos da seguinte forma:

001    A    012016  
└──┬──┘ └──┬──┘ └──┬──┘  
1º    2º    3º

- 1º Campo = 3 caracteres referente ao numero de registro na ordem sequencial de aprovação em plenária;
- 2º Campo = 1 caractere alfabético referente a classificação quanto ao tipo;
- 3º Campo = 6 caracteres referente ao mês e ano do primeiro registro (mm/aaaa);

**Art. 10.** O número de registro da instituição será permanente, porém serão alterados o 2º campo e o 3º campo em caso de troca de tipo ou grau de complexidade.

**Parágrafo Único.** Em caso de troca da **razão social da entidade** deverá ser feito novo registro.

**Art. 11.** O Registro será permanente, porém a cada biênio, no mês de aniversário do seu registro, deverá ser requerida revalidação deste e após a aprovação será confeccionado novo Certificado de Registro.

**Parágrafo Único.** Para a revalidação do Registro deverá proceder conforme prescreve o Artigo 6º desta Resolução, ficando isento da apresentação dos documentos constantes dos itens “e, f, g, h”, quanto estes não tiverem sofrido alterações.

## **CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 12.** As vistorias realizadas pelas comissões do COMID se reportarão exclusivamente ao que prescreve o Estatuto do Idoso.

**Art. 13.** Uma cópia da vistoria será encaminhada ao requerente para conhecimento e adequações.

**Art. 14.** Esta Resolução revoga as resoluções anteriores e entra em vigor a partir desta data.

Santa Maria, 13 de setembro de 2016.

KLEIBER JOSÉ ROCCHI  
Presidente do Núcleo de Coordenação do COMID

## ANEXO B

### REQUERIMENTO

( ) INSCRIÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE IDOSOS DE SANTA MARIA

( ) REVALIDAÇÃO DE REGISTRO DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE IDOSOS DE SANTA MARIA

Senhor Presidente do Conselho Municipal de Idosos – COMID/ Santa Maria/RS.

\_\_\_\_\_ representante legal da entidade, abaixo qualificada, portador(a) do CPF nº. \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ firma o presente requerimento com a anexação dos documentos solicitados estando ciente que a expedição do Certificado de Registro de inscrição, bem como a sua Revalidação ocorrerá após análise de todos os documentos, elaboração do Parecer da Comissão e aprovação em Reunião Plenária do COMID.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

\_\_\_\_\_  
Nome do Representante Legal e Assinatura

#### 1 INFORMAÇÕES SOBRE A ENTIDADE

Nome:.....

Nome Fantasia :.....

CNPJ:..... Data de fundação:.....

Endereço:(Rua ou Av, nº e complemento) Bairro:.....

CEP:.....Município:.....Estado:.....

Telefone(s):.....

Celular.....

E-mail.....

Capacidade para.....atendimentos de idosos do sexo.....a partir de.....anos.

Possui registro no Conselho do Idoso? ( ) Sim ( ) Não

( ) Nacional ( ) Estadual ( ) Municipal

Número do Registro: \_\_\_\_



## CONSELHO MUNICIPAL DE IDOSOS DE SANTA MARIA-RS

Criado pela Lei Municipal nº3758/94, de 19/01/94, alterada pela Lei Municipal nº 3914/95, de 01/11/1995.

O art.5º da Lei Municipal nº3914/95 foi alterado pela Lei Municipal nº4514/02, de 10/jan. /2002

### ANEXO C

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

### I. Dados Cadastrais

#### 1. Identificação da Instituição

Razão Social: .....

Nome Fantasia: .....

Endereço: .....

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

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

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

E-mail: .....

Site:.....

Data do início do Funcionamento: .....

#### 2. Responsável

##### 2.1 Administrativo

Nome Completo:..... Função: .....

Nº do Registro Profissional: .....

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

##### 2.2 Técnico

Nome Completo:..... Função: .....

Nº do Registro Profissional: .....

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

### 3. Natureza Jurídica

3.1 Pública ( )

3.2 Privada ( )

3.2.1 com fins lucrativos ( )

3.2.2 sem fins lucrativos ( )

3.3 Religiosa ( )

3.4 Outra. Especificar: .....

### 4 Fonte Principal de Recursos Financeiros

4.1 Recurso Próprio ( )

4.2 Entidade Mantenedora ( )

4.3 Convênios

3 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 ( )

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

### 5 Clientela-alvo (em números)

5.1 Masculino:

5.1.1 60 a 64 anos:.....

5.1.2 65 a 69 anos :.....

5.1.3 70 a 74 anos :.....

5.1.4 75 a 79 anos :.....

5.1.5 80 a 84 anos :.....

5.1.6 85 a 89 anos :.....

5.1.7 90 a 94 anos :.....

5.1.8 95 e mais : .....

5.1.9 menos de 60 anos : .....

**Total:** .....

5.2 Feminino:



- 5.2.1 60 a 64 anos: .....
  - 5.2.2 65 a 69 anos : .....
  - 5.2.3 70 a 74 anos : .....
  - 5.2.4 75 a 79 anos : .....
  - 5.2.5 80 a 84 anos : .....
  - 5.2.6 85 a 89 anos : .....
  - 5.2.7 90 a 94 anos : .....
  - 5.2.8 95 e mais : .....
  - 4 5.2.9 menos de 60 anos : .....
- Total:** .....

**Total dos assistidos:** .....

5.3 Grau de dependência

SEXO	GRAU 1	GRAU 2	GRAU 3
Masculino			
Feminino			

**6 Caracterização dos Serviços:**

5

6.1 Documentos formulários

SERVIÇO	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Manual de Boas Práticas			
Plano de Trabalho ou Regimento Interno			
Prontuário médico individual do idoso			
Contrato de prestação de serviços:			
Ficha cadastral com dados pessoais e familiares			

(anexar cópia ou modelo dos documentos acima)

### 6.2 Serviços Prestados ao Idoso

<b>A Instituição fornece (no contrato):</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Quantas refeições diárias?			
Serviço de Enfermagem 24 hs.			
Vestuário individual			
Roupa de cama e banho			
Medicamentos			
Material de higiene pessoal			
Dietas preparadas por Nutricionista			

### 6.3 Promoção e Proteção de Atenção Básica

<b>OS IDOSOS POSSUEM (no contrato)</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>Quais?</b>
Carteira do Idoso			
Caderneta de saúde			
Programa de Prevenção ao Câncer			
Programa de Imunização			
Programa de Ações Educativas			
Programa de Recreação, Esporte e Lazer			
Assist. farmacêutica especial			
Apoio Sócio-Familiar ao Idoso			
Internação domiciliar			
Próteses dentárias			
Próteses auditivas			
Óculos			
Sondas e dietas			

### 6.4 Assistência ao Idoso

<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
Possui assistência médica na Instituição?			
Possui ambulância na Instituição?			
Possui enfermaria ou isolamento			

### 6.5 Ambiente e Lazer

<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
O ambiente é acolhedor?			
Possui espaços ao ar livre para lazer?			
Há orientação religiosa?			
Possui ambiente compartilhado p/ lazer?			
Há atividades planejadas <i>dentro</i> da entidade?			
Há atividades planejadas <i>fora</i> da entidade?			
Existem rotinas escritas das atividades?			

### 6.6 Nível de satisfação dos Idosos (Entrevistas por amostragem)

ESPECIFICAÇÕES	RUIM	BOM	ÓTIMO	OBSERVAÇÕES
Alimentação				
Atendimento				
Instalações				
Lazer e recreação				

Número de entrevistados:.....

**Obs:** O quadro acima deve ser preenchido por números referente às entrevistas.

## 7. Recursos Humanos

### 7.1. Profissionais de Nível Médio ou Técnico

Profissionais	Serviço próprio				Serviço conveniado
	Nr. Contrat.	Nr. Voluntários	Nr. Cedidos	Nr. Estagiários	
Téc. de enfermagem					
Aux. de enfermagem					
Recreacionista					
Professor					
Outros: .....					

### 7.2. Profissionais de Nível Superior

Profissionais	Serviço próprio				Serviço conveniado
	Nr. Contrat.	Nr. Voluntários	Nr. Cedidos	Nr. Estagiários	
Assistente Social					
Educador Físico					
Enfermeiro					
Farmacêutico					
Fisioterapeuta					
Fonoaudiólogo					
Médico					
Nutricionista					
Odontólogo					
Professor					
Psicólogo					
Terap. Ocupacional					
Outros .....					

7.3. Demais Profissionais

<b>Profissionais</b>	<b>Serviço próprio</b>			<b>Tercerizados</b>
	<b>Nr. Contrat.</b>	<b>Nr. Voluntários</b>	<b>Nr. Cedidos</b>	
Higienização				
Cozinha				
Serviços Gerais				
Outros: .....				

## **8. Conclusão\_ (Comissão de avaliação e vistoria)**

8.1.COMENTÁRIO:

8.2. PARECER:

Santa Maria, .....de .....de 2019.

Nome e assinatura dos membros da Comissão:



