

RESOLUÇÃO Nº 44/2025

SÚMULA: APROVA INSTRUMENTAIS PARA VERIFICAÇÃO DE ATENDIMENTO AOS REQUISITOS PREVISTOS NA RESOLUÇÃO Nº 28/2024 E ROTEIRO DE VISITA.

O Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa - CMDPI, do município de Medianeira, Estado do Paraná, embasado pela Lei Municipal nº 1.232/2024, de 28 de março de 2024, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a Resolução nº 28/2024, de 19 de agosto de 2024, que regulamenta os parâmetros para inscrição e renovação de inscrição de programas governamentais e de programas de entidades não-governamentais que atuam no atendimento à pessoa idosa no Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Medianeira – PR;

Considerando a deliberação em plenária extraordinária online realizada em 06 de novembro de 2025;

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar os instrumentais para verificação de atendimentos aos requisitos previstos na Resolução nº 28/2024, para concessão e reavaliação anual de inscrição de programas governamentais e não governamentais, junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa – CMDPI, conforme anexos I e II.

Art. 2º - Aprovar o instrumental de roteiro de visita, a ser utilizado pela Comissão de Visitas e Acompanhamento, para monitoramento dos programas inscritos junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa – CMDPI, e para fiscalização de parcerias com entidades não governamentais firmadas com recursos do Fundo Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, conforme anexo III.

Art. 3º - Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Sala de Sessões, 12/11/2025.

Marisa Cerutti de Andrade
Presidente do CMDPI
Gestão 2023/2025

**ANEXO I
VERIFICAÇÃO DE ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DE INSCRIÇÃO DE
PROGRAMAS NÃO GOVERNAMENTAIS E REAVALIAÇÃO ANUAL**

Etapa 1 – Análise do Plano de Ação e documentação obrigatória

Nome da Entidade:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Vigência do Plano de Ação:	
Programa:	<input type="checkbox"/> Centro Dia
	<input type="checkbox"/> Centro e Convivência
	<input type="checkbox"/> Casa-lar
	<input type="checkbox"/> Atendimento de Proteção Social Básica no Domicílio
	<input type="checkbox"/> Grupos de Convivência
	<input type="checkbox"/> República
	<input type="checkbox"/> Acolhimento Institucional
	<input type="checkbox"/> Oficina Abrigada de Trabalho
	<input type="checkbox"/> Atendimento de Proteção Social Especial no Domicílio
	<input type="checkbox"/> Outras formas de atendimento
Nome do Serviço/Programa/ Projeto:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Público-alvo:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Faixa etária:	<input type="checkbox"/> 60 - 84 anos
	<input type="checkbox"/> 85 anos ou mais
Relação de documentos (Art. 9º):	<input type="checkbox"/> Requerimento de Inscrição/Reavaliação <input type="checkbox"/> Plano de ação anual, conforme modelo <input type="checkbox"/> Relatório de atividades, conforme modelo <input type="checkbox"/> Estatuto social <input type="checkbox"/> Ata de eleição e posse dos membros da atual diretoria <input type="checkbox"/> Relação nominal dos membros da diretoria <input type="checkbox"/> Comprovante de inscrição no CNPJ <input type="checkbox"/> Alvará de localização e funcionamento <input type="checkbox"/> Licença sanitária <input type="checkbox"/> Comprovante de endereço da sede <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de endereço do local onde a oferta será

	<p>executada (quando diverso da sede)</p> <p><input type="checkbox"/> Termo de cessão de uso ou contrato de aluguel do local onde a oferta será executada (quando diverso da sede)</p> <p><input type="checkbox"/> Certidão Negativa de Antecedentes Criminais Estadual dos membros da diretoria e membros da equipe executora</p> <p><input type="checkbox"/> Certidão Negativa de Antecedentes Criminais Federal dos membros da diretoria e membros da equipe executora</p> <p><input type="checkbox"/> Comprovante de formação e registro profissional da equipe técnica</p> <p><input type="checkbox"/> Comprovante de inscrição no CMAS (<i>quando houver</i>)</p> <p>No caso de Fundação:</p> <p><input type="checkbox"/> Cópia da escritura de sua instituição</p> <p><input type="checkbox"/> Comprovante de aprovação dos estatutos e alterações pelo Ministério Público</p> <p>No caso de ILPI:</p> <p><input type="checkbox"/> cópias dos contratos firmados para a prestação de serviços referente ao acolhimento da pessoa idosa, nos termos do art. 35 do Estatuto da Pessoa Idosa, e listagem nominal</p>
<p>Itens do Estatuto Social</p>	<p>O Estatuto Social deve prever que, em caso de dissolução da entidade, seu patrimônio líquido será transferido a outra pessoa jurídica de igual natureza e com objeto social preferencialmente idêntico; que a escrituração seja realizada conforme os princípios fundamentais de contabilidade e as Normas Brasileiras de Contabilidade; que o mandato da Diretoria tenha período determinado, com possibilidade ou não de reeleição, respeitando os princípios constitucionais; que as receitas, rendas, rendimentos e eventuais superávits sejam aplicados integralmente no território nacional para a manutenção e o desenvolvimento dos objetivos institucionais; que as subvenções e doações recebidas sejam utilizadas nas finalidades a que se destinam; e que seja vedada a distribuição de resultados, dividendos,</p>

	bonificações, participações ou qualquer parcela do patrimônio a associados ou dirigentes, direta ou indiretamente, sob qualquer forma ou pretexto.
Número do protocolo:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.

ANÁLISE DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO E INSCRIÇÃO:

Conferência de requisitos do Art. 6º	<input type="checkbox"/> Executar ações de caráter continuado, permanente e planejado; <input type="checkbox"/> Assegurar que os programas e projetos sejam ofertados na perspectiva da autonomia e garantia de direitos dos usuários; <input type="checkbox"/> Garantir a existência de processos participativos dos usuários na busca do cumprimento da efetividade na execução de seus programas e projetos; <input type="checkbox"/> Assegurar instalações físicas em condições adequadas de higiene, salubridade, segurança e acessibilidade; <input type="checkbox"/> Demonstrar idoneidade de seus dirigentes.
Considerações:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Parecer:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.

Etapa 2 – Análise do Relatório de Atividades

Nome da Entidade:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Vigência do Relatório:	
Nome do Serviço/Programa/Projeto:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Público-alvo atendido:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Faixa etária atendida:	<input type="checkbox"/> 60 - 84 anos <input type="checkbox"/> 85 anos ou mais
Execução das Atividades	1. As atividades foram realizadas conforme o planejado no Plano de Ação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

	<p><input type="checkbox"/> Parcialmente Obs.:</p> <p>2. As atividades ocorreram na periodicidade e dias propostos no Plano de Ação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente Obs:</p> <p>3. Há coerência entre o plano proposto e o relatório de execução? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não Obs.:</p> <p>4. Houve paralisação ou atraso na execução do serviço/programa/projeto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs.:</p>
<p>Inserção e Acompanhamento dos Usuários</p>	<p>1. Foram observados os critérios para inserção nos serviços/programas/projetos, conforme Plano de Ação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não Obs.:</p> <p>2. Os critérios estão em conformidade com as normativas da política de direitos da pessoa idosa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não Obs.:</p>
<p>Objetivos e resultados</p>	<p>Os objetivos previstos no Plano de Ação foram atendidos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não Obs.:</p> <p>O relatório de atividades possibilitou identificar os resultados alcançados/aquisições dos usuários? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não Obs.:</p>
<p>Trabalho com Famílias</p>	<p>1. Há trabalhos realizados com as famílias dos usuários?</p>

	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Frequência: Profissionais envolvidos: Principais temáticas abordadas:
Recursos Humanos	1. Recursos humanos Profissionais e quantitativo está adequado segundo normativas vigentes: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não Obs.: 2. Houve alteração no quadro de pessoal durante o período avaliado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs.:
Articulação em rede intersetorial	1. Ocorreu articulação com a Rede Intersetorial (outras políticas)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs.:
Avaliação das atividades	1. Avaliação das atividades Avaliação junto aos usuários <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Frequência: 2. Avaliação junto à equipe técnica <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Frequência: 3. Os resultados das avaliações são utilizados para replanejamento das ações? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não
Usuários e Atendimentos	1. Quantidade de usuários: 2. Atendimentos realizados: 4. Comparação com metas do plano <input type="checkbox"/> Atingidas <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não atingidas Obs.:
Monitoramento e Documentação	1. Os registros das atividades (listas de presença, fotos, relatórios, etc.) estão organizados e disponíveis?

	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não Obs.: 2. A entidade apresentou o relatório dentro dos prazos estabelecidos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs.: 3. Os relatórios apresentam dados e informações suficientes para avaliar a execução do plano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não Obs.:
Número do protocolo:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.

ANÁLISE DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO E INSCRIÇÃO:

Considerações:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Parecer:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.

ANEXO II

**VERIFICAÇÃO DE ATENDIMENTO AOS REQUISITOS DE INSCRIÇÃO DE
PROGRAMAS DAS UNIDADES GOVERNAMENTAIS**

Etapa 1 – Análise do Plano de Ação e documentação obrigatória

Nome da Unidade:	
Vigência do Plano de Ação:	
Programa:	<input type="checkbox"/> Centro Dia
	<input type="checkbox"/> Centro e Convivência
	<input type="checkbox"/> Casa-lar
	<input type="checkbox"/> Atendimento de Proteção Social Básica no Domicílio
	<input type="checkbox"/> Grupos de Convivência
	<input type="checkbox"/> República
	<input type="checkbox"/> Acolhimento Institucional
	<input type="checkbox"/> Oficina Abrigada de Trabalho
	<input type="checkbox"/> Atendimento de Proteção Social Especial no Domicílio
	<input type="checkbox"/> Outras formas de atendimento
Nome do Serviço/Programa/ Projeto:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Público-alvo:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Faixa etária:	<input type="checkbox"/> 60 - 84 anos
	<input type="checkbox"/> 85 anos ou mais
Relação de documentos (Art. 31):	<input type="checkbox"/> Requerimento de Inscrição/Renovação <input type="checkbox"/> Plano de ação anual, conforme modelo <input type="checkbox"/> Relatório de atividades, conforme modelo <input type="checkbox"/> Alvará de funcionamento e da licença sanitária
Número do protocolo:	

ANÁLISE DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO E INSCRIÇÃO:

Considerações:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Parecer:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.

Etapa 2 – Análise do Relatório de Atividades

Nome da Entidade:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Vigência do Relatório:	
Nome do Serviço/Programa/Projeto:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Público-alvo atendido:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Faixa etária atendida:	<input type="checkbox"/> 60 - 84 anos <input type="checkbox"/> 85 anos ou mais
Execução das Atividades	<p>1. As atividades foram realizadas conforme o planejado no Plano de Ação?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente Obs.:
	<p>2. As atividades ocorreram na periodicidade e dias propostos no Plano de Ação?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente Obs.:
	<p>3. Há coerência entre o plano proposto e o relatório de execução?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não Obs.:
	<p>4. Houve paralisação ou atraso na execução do serviço/programa/projeto?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs.:
Inserção e Acompanhamento dos Usuários	<p>1. Foram observados os critérios para inserção nos serviços/programas/projetos, conforme Plano de Ação?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não Obs.:

	<p>2. Os critérios estão em conformidade com as normativas da política de direitos da pessoa idosa?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Obs.:</p>
Objetivos e resultados	<p>Os objetivos previstos no Plano de Ação foram atendidos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Obs.:</p> <p>O relatório de atividades possibilitou identificar os resultados alcançados/aquisições dos usuários?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Obs.:</p>
Trabalho com Famílias	<p>1. Há trabalhos realizados com as famílias dos usuários?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Frequência:</p> <p>Profissionais envolvidos:</p> <p>Principais temáticas abordadas:</p>
Recursos Humanos	<p>1. Recursos humanos</p> <p>Profissionais e quantitativo está adequado segundo normativas vigentes:</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Obs.:</p> <p>2. Houve alteração no quadro de pessoal durante o período avaliado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Obs.:</p>
Articulação em rede intersetorial	<p>1. Ocorreu articulação com a Rede Intersetorial (outras políticas)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Obs.:</p>
Avaliação das atividades	<p>1. Avaliação das atividades</p> <p>Avaliação junto aos usuários</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Frequência:</p> <p>2. Avaliação junto à equipe técnica</p>

	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Frequência: 3. Os resultados das avaliações são utilizados para replanejamento das ações? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não
Usuários e Atendimentos	1. Quantidade de usuários: 2. Atendimentos realizados: 4. Comparação com metas do plano <input type="checkbox"/> Atingidas <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não atingidas Obs.:
Monitoramento e Documentação	1. Os registros das atividades (listas de presença, fotos, relatórios, etc.) estão organizados e disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não Obs.: 2. A entidade apresentou o relatório dentro dos prazos estabelecidos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs.: 3. Os relatórios apresentam dados e informações suficientes para avaliar a execução do plano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> Não Obs.:
Número do protocolo:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.

ANÁLISE DA COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO E INSCRIÇÃO:

Considerações:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Parecer:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.

**ANEXO III
ROTEIRO DE VISITAS
COMISSÃO DE VISITAS E ACOMPANHAMENTO**

Nome da Entidade:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.
Nome do Programa:	Clique ou toque aqui para inserir o texto.

Data da visita pela Comissão: ____ / ____ / ____

1. Responsáveis pelas informações

Nome: _____ Cargo/função: _____

Nome: _____ Cargo/função: _____

Nome: _____ Cargo/função: _____

2. Estrutura Física

Própria Alugada Cedida

2.1 Descreva como se apresenta a estrutura física para o devido atendimento aos usuários:

- Iluminação nas salas de atendimento é adequada
- Sala com paredes que isolem o som
- O ambiente é limpo, organizado e arejado
- Arquivos com chave e exclusivo para os técnicos
- Garantia do atendimento reservado ao usuário em sala com ventilação (considerando atendimentos breves e/ou demorados com portas fechadas)
- A estrutura física está adequada à sua capacidade de atendimento (quantidade e tamanho dos espaços)
- Há mobiliários e equipamentos em número suficiente para a equipe e os usuários
- Os mobiliários e equipamentos disponíveis são adequados para as atividades propostas, atendendo as necessidades, especialmente em relação à conforto e ergonomia

2.2 Descreva se houver situações a melhorar com base nos relatos, observações da Comissão:

3. Registro e armazenamento das informações dos usuários/famílias e atividades desenvolvidas

3.1 Há um sistema de registro dos dados dos usuários atendidos e suas famílias?

() Sim () Não

Obs: _____

3.2 Há algum registro ou forma de controle ainda realizado em meio físico?

() Sim () Não

Obs: _____

3.3 Em caso de registro físico, o armazenamento garante o sigilo das informações?

() Sim () Não

Obs: _____

3.4 Em caso de atendimentos coletivos, o controle de frequência é:

() Físico () Virtual () N. A.

Obs: _____

4. Execução e planejamento

4.1 Quantidade de usuários: _____

4.2 Atendimentos realizados: _____

4.3 Os Programas estão sendo executados?

() Totalmente () Parcialmente

Obs: _____

4.3.1. Os dias, horários e a periodicidade das atividades estão em conformidade com o plano de ação aprovado?

() Sim () Não () Ressalvas

4.4 Resultados obtidos: _____

4.5 Há atividades previstas e não executadas?

() Sim () Não

4.5.1 Qual(is) e qual motivo? _____

4.6 Ocorre planejamento das atividades em equipe? () Sim () Não

De que forma? _____

Qual a periodicidade? _____

4.7 É realizada avaliação das atividades?

Usuários: () Sim () Não Frequência: _____

Equipe: () Sim () Não Frequência: _____

4.8 Houve paralisação ou atraso na execução do programa?

() Sim () Não

4.9 Há trabalhos realizados com as famílias dos usuários?

() Sim () Não Frequência: _____

Profissionais envolvidos: _____

4.10 Há oferta de refeições para os usuários durante o período que estão no serviço/programa/projeto?

() Sim () Não

4.10.1 Quais refeições?

() Café da manhã () Lanche da Manhã () Almoço () Lanche da Tarde

() Jantar () Outra(s) _____

4.10.2 Avaliação das refeições (com base na observação da comissão)

() A entidade oferta quantidade suficiente de refeições

() A variedade de alimentos é adequada

- () A preparação da alimentação é orientada por nutricionista
 - () São priorizados alimentos in natura ou minimamente processados (arroz, feijão, frutas, verduras, legumes, carnes, leites e derivados, cereais etc.)
 - () São ofertados muitos alimentos ultraprocessados (alimentos congelados, salsinha, nuggets, refrigerante, biscoito recheado, salgadinhos, sorvete, bala, mistura pronta para bolo, etc.)
 - () São fornecidas refeições especiais para usuários com intolerâncias, alergias e/ou restrições alimentares
 - () Os alimentos foram armazenados em local apropriado
 - () Os alimentos abertos armazenados fora da embalagem original estão identificados com nome do produto e prazo de validade
- 4.11 São disponibilizados materiais (de expediente, pedagógicos, esportivos, aviamentos, etc.) para utilização nas atividades do serviço/programa/projeto?
- () Sim () Não
- 4.11.1 Avaliação dos materiais de consumo:
- () A quantidade de materiais é suficiente para as atividades propostas e número de participantes
 - () Os materiais apresentam qualidade e variedade satisfatória
 - () Os materiais estão armazenados de forma organizada e em local de fácil acesso

5. Recursos Humanos

5.1 Quadro de recursos humanos confere com o informado?

- () Sim () Não

5.2 Houve alteração do quadro de recursos humanos após o envio do plano de ação?

- () Sim () Não

5.3 A jornada de trabalho do pessoal alocado ao projeto é adequada?

- () Sim () Não

5.4 A qualificação do(s) profissional(is) alocado(s) ao projeto é adequada?

- () Sim () Não

Obs: _____

5.5 Há oferta de capacitação para a equipe?

() Sim () Não Frequência: _____

Profissionais envolvidos: _____

Através de: _____

6. Verificação documental

6.1 Apresentação de licenças/alvarás – não há necessidade de reter cópias

Alvará de funcionamento (obrigatório)

() Sim () Não Obs: _____

Licença Sanitária

() Sim () Não Obs: _____

6.2 Possui arquivo de prestação de contas na unidade?

Cofinanciamento Federal () Sim () Não Obs: _____

Cofinanciamento Estadual () Sim () Não Obs: _____

Cofinanciamento Municipal () Sim () Não Obs: _____

Recursos próprios () Sim () Não Obs: _____

Parecer da Comissão de Visitas e Acompanhamento:

A Comissão de Visitas e Acompanhamento, após análise do processo de _____ de inscrição no Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Medianeira/PR emite parecer _____.

Para tanto, deverão ser observadas as seguintes considerações:

Representante

Representante

Representante