

PROCEDENCIA DO USUÁRIO ATENDIDO

Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS

Hospital

Polícia Militar

Outros _____

ISENÇÃO OBTIDAS

Energia Elétrica

Água e Esgoto

Imposto de Renda

Taxa de Limpeza Pública

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social

IPVA – Imposto de Propriedade de Veículos Automotores

ISS – Imposto sobre Serviços

IPTU – Imposto Territorial Urbano

OUTROS (Especificar):

INFORMAÇÕES GERAIS DA ENTIDADE

RECURSOS HUMANOS:

Quantos Funcionários? _____

Há terceirizados? SIM NÃO, QUANTOS? _____

ATIVIDADES E SERVIÇOS OFERTADOS – PERIODICIDADE:

Atividade/Serviço	Sim	Não	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal
Atividades de lazer/cultural/recreativa						
Atividades na comunidade						
Atividades Educacionais						
Educador Físico						
Assistente Social						
Fisioterapeuta						
Psicólogo						
Médico Clínico Geral						
Médico Geriatria						
Nutricionista						
Terapeuta Ocupacional						
Participação de cultos Religiosos						
Musicoterapia						
OUTROS						

CAPACIDADE MÁXIMA DE ATENDIMENTO:

Idoso

Capacidade instalada

(vagas)

Número de

pessoas acolhidas

Demanda reprimida

(lista de espera)

Feminino

Masculino

TOTAL

GRAU DE DEPENDÊNCIA:

Idoso

Grau de Dependência I

Grau de Dependência II

Grau de Dependência III

Feminino

Masculino

TOTAL

Grau de Dependência I: idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda;

Grau de Dependência II: idoso com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária, tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;

Grau de Dependência III: idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA ENTIDADE

07:00 às 12:00

12:00 às 18:00

18:00 às 23:00

24:00

08:00 às 18:00

FREQUÊNCIA DO ATENDIMENTO

Diário

Eventual

Semanal

Mensal

PLANEJAMENTO DAS AÇÕES

Plano de Trabalho ou Plano de Ação

Anual

Permanente

FINALIDADES ESTATUTÁRIAS

TIPOS DE SERVIÇOS PRESTADOS AO IDOSO PELA ENTIDADE/INSTITUIÇÃO

Brasília-DF, ____/____/____

Assinatura do Responsável pela Entidade/Instituição