Não ( )
Equipamentos e utensílios higienizados? Sim ( )
Não ( )
Número diário de refeições?
Cardápio orientado por:
Refeitório
Mesas e cadeiras suficientes? Sim ( ) Não ( )
Acesso dos abrigados aos alimentos? Sim ( )
Não ( )
Despensa
Estocagem adequada dos alimentos? Sim ( )
Não ( )
Controle de qualidade e validade dos alimentos? Sim ( )
Não ( )
Farmácia
Estocagem adequada dos medicamentos? Sim ( )
Não ( )
Registro de medicamentos controlados e não controlados? Sim ( ) Não ( )
Registro para controle de entrada e saída de medicamentos? Sim ( ) Não ( )
Área de lazer
Existência de área de lazer? Sim ( ) Não ( )
Equipamentos seguros e adequados? Sim ( )
Não ( )
PREPARO PARA O DESLIGAMENTO
No último ano qual o número de crianças e adolescentes que retornaram às suas famílias de origem? _
Há Incentivo à convivência dos atendidos com outras famílias?
Sim ( ) Não ( )
Utiliza/mantém programa de famílias acolhedoras? Sim ( )
Não ( )
Quem oferece o programa? Município ( ) ONG ( )
Outras _
O Programa é cadastrado no CMDCA? Sim ( )
Não ( )
Incentiva a integração em família substituta (guarda tutela, adoção)?
Sim ( ) Não ( )
No último ano quantas crianças e/ou adolescentes foram colocados em família substituta?
Há um programa para o adolescente que está próximo ao desligamento pela maioridade? Sim ( ) Não ( )
Em caso positivo assinale qual:
( ) Encaminhamento para cursos de qualificação profissional
( ) Inserção no mercado de trabalho
( ) Encaminhamento para repúblicas/pensionatos que fazem a transição
( ) Encaminhamento para programas oficiais ou comunitários de auxílio
( ) Promoção de vínculos com parentes/amigos para que possam apoiar o adolescente
( ) Outros _
No último ano quantos adolescentes foram desligados por terem completado a maioridade?
Há programa de apoio e acompanhamento dos egressos da instituição?
Sim ( ) Não ( )
Em caso positivo, assinale quais:
( ) Apoio financeiro (em dinheiro)
( ) Apoio material (cesta básica, medicamentos, etc)
( ) Assistência jurídica
( ) Auxílio na busca de trabalho/renda
( ) Encaminhamento para cursos de qualificação profissional
( ) Reuniões, grupos de discussão/apoio
( ) Visita domiciliar
( ) Acompanhamento psicológico
( ) Outros
FONTES DE FINANCIAMENTO
A instituição recebe recursos públicos?
Sim ( ) Não ( )
Municipal ( )
Estadual ( )
Federal ( )
A instituição recebe recursos privados? Sim ( )
Não ( )
Em caso positivo, quais as fontes?
A instituição conta com recursos próprios? Sim ( )
Não ( )
Em caso positivo, como os mesmos são obtidos?
SUPERVISÃO TÉCNICA
A equipe de trabalho recebe supervisão técnica institucional?
Sim ( ) Não ( )
Quem realiza esta supervisão e com qual periodicidade?
_
CONSIDERAÇÕES FINAIS
Data da visita: _ hora:
Documentos Coletados: _
Entrevistados: _
Observações da Equipe de Fiscalização _
_
_
_
_
Equipe de Fiscalização
_
_
Assinatura/Data

(QUADRO DO ANEXO I)
QUADRO DEMONSTRATIVO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM ABRIGO

PROMOTOR DE JUSTIÇA: PROMOTORIA _
COMARCA: _

NOME DA CRIANÇA E ADOLESCENTE	DATA DO NASCIENTO	DATA DA ENTRADA NO ABRIGO	MOTIVO DO ABRIGAMENTO	AUTORIDADE QUE DETERMINOU	PLANO INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO (PIA)	SITUAÇÃO ATUAL	ÚLTIMA AVALIAÇÃO COM DATA	PROVIDENCIAS REALIZADAS

DATA:
ASSSINATURA DO PROMOTOR DE JUSTIÇA:
(TERMO DO ANEXO I)
TERMO DE VISITA A ENTIDADE DE ABRIGO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

PROMOTORIA DE JUSTIÇA	
MEMBRO DO MP - VISITANTE	
DATA E HORA DA VISITA	
DATA DA ÚLTIMA VISITA	
ESTABELECIMENTO VISITADO	
ENDEREÇO	
AUTORIDADE DE PLANTÃO	

OBSERVAÇÕES: CAPACIDADE, Nº DE ICRIANÇAS E/ OU ADOLESCENTES, ESTRUTURA FÍSICA, CONDIÇÕES DE SALUBRIDADE, TRATAMENTO, CORPO TÉCNICO ETC

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS/RECOMENDAÇÕES:

CONCLUSÃO:

ASSINATURA DO MEMBRO DO MP	***ASSINATURA DA AUTORIDADE DE PLANTÃO***

ANEXO II
Roteiro para Fiscalização de entidades: Abrigo de Longa Permanência para Idosos
1 IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE
Nome da entidade: _
Data da fundação:
Endereço: _
Telefone:
Fax: _ Site/ email: _
Nome do dirigente:
Nº de RG _ Nº CPF
Possui Formação de Nível Superior? Sim ( ) Não ( ) . Qual?
_
Nome do Responsável Técnico:
Possui Formação de Nível Superior? Sim ( ) Não ( ) . Qual?
_
Nº de RG _Nº. CPF
Nº Conselho de Classe _
2 ORGANIZAÇÃO
CNPJ: _ Nº do Alvará de Funcionamento: _
Nº do Alvará Sanitário: _ Data da Expedição:
Inscrição no Conselho do Idoso: Validade:
Possui Estatuto Registrado? Sim ( ) Não ( )
Possui Registro em Entidade Social? Sim ( ) Não ( )
Possui Regimento Interno? Sim ( ) Não ( )
Capacidade de atendimento: _
Número de abrigados: _
Faixa etária:
Sexo: Nº de masculinos : _ Nº de Femininos: _
Possui um responsável técnico que responde junto à autoridade sanitária local?
Sim ( ) Não ( )
Havendo responsável técnico este possui formação de nível superior?
Sim ( ) Não ( )
Possui prontuários de admissão e acompanhamento individuais com dados de identificação do idoso, responsáveis, bem como a relação de seus pertences e o valor para contribuição para a instituição (quando for o caso)?
Sim ( ) Não ( )
Possui contrato de Prestação de Serviço celebrado com o idoso ou seu responsável legal conforme o art. 50, I do Estatuto do Idoso? Sim ( ) Não ( )
Fornece comprovante de depósitos dos bens móveis que receberem dos idosos, conforme o art. 50, XIV do Estatuto do Idoso? Sim ( ) Não ( )
Possui serviços terceirizados de:
Alimentação: Sim ( ) Não ( )
Limpeza: Sim ( ) Não ( )
Lavanderia: Sim ( ) Não ( )
Possui contrato e cópia do Alvará Sanitário das empresas terceirizadas?
Sim ( ) Não ( )
3 CONSIDERAÇÕES GERAIS
A instituição:
Preserva os direitos e garantias dos idosos, inclusive o respeito à liberdade de credo e a liberdade de ir e vir, desde que não exista restrição determinada no Plano de Atenção à Saúde? Sim ( ) Não ( )
Preserva a identidade e a privacidade do idoso, assegurando um ambiente de respeito e dignidade? Sim ( ) Não ( )
Promove ambiência acolhedora? Sim ( ) Não ( )
Promove a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência? Sim ( ) Não ( )
Favorece o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações? Sim ( ) Não ( )
Incentiva e promove a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente? Sim ( ) Não ( )
Desenvolve atividades que estimulem a autonomia dos idosos?
Sim ( ) Não ( )
Promove condições de lazer para os idosos tais como: atividades físicas, recreativas e culturais? Sim ( ) Não ( )
Desenvolve atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes?
Sim ( ) Não ( ).
4 RECURSOS HUMANOS
Apresenta recursos humanos, com vínculo formal de trabalho, que garantam a realização das seguintes atividades:
Para os cuidados aos residentes:
Grau de Dependência I : um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia? Sim ( ) Não ( )
Grau de Dependência II : um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno?
Sim ( ) Não ( )
Grau de Dependência III : um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno?
Sim ( ) Não ( )
Para as atividades de lazer:
Possui um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana? Sim ( ) Não ( )
Para serviços de limpeza:
Possui um profissional para cada 100m2 de área interna ou fração por turno diariamente? Sim ( ) Não ( )
Para o serviço de alimentação:
Possui um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas? Sim ( ) Não ( )
Para o serviço de lavanderia:
Possui um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente?
Sim ( ) Não ( )
Possui profissional de saúde vinculado à sua equipe de trabalho, e possui registro desse profissional no seu respectivo Conselho de Classe?
Sim ( ) Não ( )
Identifiquem as categorias profissionais que fazem parte da instituição e seus respectivos quantitativos:
Médico
Enfermeiro
Assistente social _
Psicólogo _
Fisioterapeuta
Terapeuta ocupacional _
Nutricionista
Farmacêutico
Técnicos de enfermagem _
Outros (citar a categoria profissional e o número destes profissionais):
Realiza atividades de educação permanente na área de gerontologia, com objetivo de aprimorar tecnicamente os