



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social

Comissão Municipal para Monitoramento e Avaliação das Parcerias

Organização da Sociedade Civil:

IRMANDADE CIVIL PRÓ VILA SÃO VICENTE DE PAULO - CNPJ: 44.515.963.0001/01

Os responsável(is) da Unidade Gestora, infra-assinado(s) da Prefeitura da Estância de Atibaia, inscrita no CNPJ: 45.279.635/0001-08, elabora relatório de fiscalização para efeito de monitoramento e avaliação da(s) parceira(s) com a(s) Organizações da Sociedade Civil, indicando, se for o caso, as ações necessárias para cumprimento do objeto, na forma que segue:

Termo de colaboração nº

Proteção Social de Alta Complexidade

Serviço: Instituição de Longa Permanência de Idosos - ILPI

Endereço: R. São Vicente de Paulo, nº 30 - Centro - Tel 4412-3625

Alvará de Licença e Funcionamento: - **Validade:**

Vistoria do Corpo de Bombeiros/Validade:

Licença da Vigilância Sanitária: nº do Alvará e data da expedição:

Validade:

Data da Visita:

12/05/2022

Referente ao Período:

Quadrimestre

Responsáveis pela Visita:

Mara

Renaldo

A – Técnico de Referência do Serviço (Coordenador)

Assistente Social

Nome: Erica da Silva de Lima Moreira

Formação Profissional: Serviço Social

Registro nº CRESS 56964/Engia

Regime de Contratação: C.L.T.

B – No. de vagas oferecidas = 26

Número total de vagas ocupadas: 25

Evasão: —



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social

Internação: *nao*

C – Anexo 1 – Quadro referente aos acolhidos.

D – Anexo 2 - Quadro referente à composição dos Recursos Humanos da Instituição.

E- Espaço Físico e Infraestrutura :

Localização adequada: Sim () Não ()

Avaliação da fachada e dos aspectos gerais da construção: *de acordo com as orientações técnicas.*

O imóvel possui acessibilidade: Sim () Não ()

Salubridade: *sim. Inclusive existe o controle da infecção do COVID medindo a temperatura, mantendo o ambiente limpo e usando máscaras.*

Aspectos físicos:

Possui quantos quartos: *62 - sendo coletivos 08*

40 quartos ind
12 suites
01 q. duplo e 02 coletivos

Como são divididos os quartos?

quartos individuais e 01 quarto para quarentena

Quantos acolhidos por quarto? *01*

Há divisão por gênero? *sim, quartos femininos e masculinos.*

Obs. Assim que chegam ficam todia sem administração coletivos.

Os quartos possuem dimensões suficientes para acomodar as camas:

() Sim () Não *01 cama por quarto*

A guarda dos pertences pessoais dos acolhidos é feita de forma individualizada:

() Sim () não *todos os pertences ficam com o idoso*

Como: *cada um tem uma caixa c/cadeado no quarto e guardam suas coisas de valor*

Possui sala/jantar de estar, copa/cozinha?: Sim () Não ()

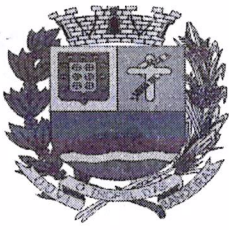
sala p/ receber as visitas.

Possui quantos banheiros: *12 nos suites / 16 banheiros / 04 banheiros de fora*

O(s) banheiro(s) possui(em) adaptação para deficientes: Sim () Não () *os dos idosos (em) banheiro do refeitório*

A cozinha é adequada para a preparação dos alimentos: Sim () Não ()

Obs.: *realizam cursos de culinária.*

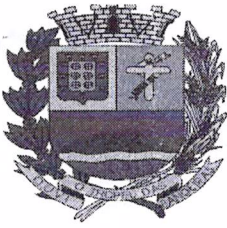


PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social

Possui área de serviço: Sim (X) Não ()
Possui área externa (varanda/quintal/jardim): Sim (X) Não ()
Possui sala de coordenação: Sim (X) Não ()
Possui sala da equipe técnica: Sim (X) Não ()
Obs.- sala da gerência / sala adm. / Bazar sala de leitura, almoxarifado central / sala do médico / sala de curativos / sala dos cuidadores / sala arte- terapia
Materiais:
Vestuário de uso: (X) individual () coletivo
Roupa íntima: (X) individual () coletivo
Roupas de cama e banho: (X) individual () coletivo
Calçado: (X) individual () coletivo
Origem dos vestuários (termo de colaboração, contrapartida ou doação): doação contrapartida e termo de colaboração.

F- Supervisão Técnico-profissional :

F-1 - Existem regras de convívio: Sim (X) Não ()
Obs.: Regimento Interno - cronograma de atividades e rotina.
F-2 - Desenvolvem atividades domésticas cotidianas: Sim (X) Não () Quais? cuidados com o jardim de cada porta de quarto, com a supervisão do jardineiro (Paulino) organizam o guarda-roupa e sua cama.
F-3- Promovem a autonomia e elevação da auto-estima? Sim (X) Não ()
Como? Rodas de conversa / atividades de arte-terapia atendimento psicológico individual e em grupo.
F-4-- : Promovem a convivência familiar e comunitária? Sim (X) Não ()
Como? : Estimulam que o idoso(a) tenha com as



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social

famílias p/ almoçar, passear ou até passar algum dia (finais de semana)

Realizam atividades com os idoso(a)s? Quais? (segue anexo) *relatório de atividades*

Arteterapêutica - (func. contábil) 2ª à 6ª f

Lectura de salmos / Evangelho no lar (voluntários)

cabeleireiro (voluntário); campeonato de dominó usado

modo pelo psicólogo / atividades de ed. física com o voluntário prof. de ed. física especializado em idosos.

Médico voluntário Dr. Gilberto Costa. (prestador de serviço atualmente.)

F-5- Existe encaminhamento a serviços, programas e benefícios da rede socioassistencial e outras políticas públicas; Sim (X) Não () CADÚNICO/BPC (X) Outros (X) *saúde.*

Quais? *A equipe do CADÚNICO vem fazer na Instituição Ocidental*

Quantos possuem CADÚNICO/BPC?

08 - BPC - PBF, 02 08 - Aposentadoria

segue informações em anexo no Rel. de Atividade

Obs - Todos os idosos(as) contribuem c/ 70% do valor líquido, para substituição.

H - Prontuário e Documentação:

Possui prontuário individual:
Sim (X) Não ()

documentos no sistema também.

Possui relação atualizada dos familiares/responsáveis : Sim (X) Não ()

Possui relação atualizada dos pertences: Sim (X) Não ()

Obs.- *É feito um check list na chegada do idoso(a) para o serviço.*

I - Elabora o PIA : Sim (X) Não ()

Atualiza periodicamente? *sim*

Convida os atores da Rede Socioassistencial envolvidos com o caso para participar?

Obs. *Convida a família para participar.*



PREFEITURA DA ESTÂNCIA DE ATIBAIA
Estado de São Paulo
Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social

J – Prestação de contas: *de acordo.*

K - Plano de Trabalho:

Houve alteração no Plano de Trabalho da Instituição: Sim () Não ()

Em caso de resposta positiva, justificar:

L – Parecer Técnico: *regular*

Nome e assinatura do Representante da Organização responsável pelas informações:

Nome: *Erica da Silva de Lima Moura*

Assin. *Erica*

Cargo/Função: *assistente social*

CPF. *020.392.897-04.*

Assinatura da Equipe de Monitoramento e Avaliação:

[Assinatura]

[Assinatura]
Ratificação Feita no Nascimento
RG. 9.698.550-1