

**CMDI***Conselho Municipal
dos Direitos do Idoso
de São Francisco do Sul*

INSERIR LOGO

ANEXO III**CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DO IDOSO - CMDI****FORMULÁRIO DE DADOS PARA SOLICITAÇÃO DE REGISTRO E RENOVAÇÃO DE
REGISTRO PARA INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE IDOSOS – ILPI**

INFORMAÇÕES CADASTRAIS			
1. Dados Institucionais			
Denominação:			
Razão Social:			
Endereço Completo:			Nº
Bairro:	Cidade: São Francisco do Sul	UF: SC	CEP: 89240-000
Telefones: ()	()	Fax ()	
Site:	Email:		
Responsável:		Cargo:	
Responsável Técnico:			
Conselho Profissional:		Número:	Validade: ___/___/___
Registro na Junta Comercial do Estado:			
Registro no CNPJ:		Data da Fundação: ___/___/___	
2. Dados Gerenciais:			
2.1 - Dados do Dirigente da Entidade e/ou Instituição			
Nome:			
Cargo : () Presidente	() Diretor	() Outro. Especificar:	
Endereço residencial:			
Bairro:	Cidade:	CEP:	
Telefones : ()	()	Fax ()	
Endereço eletrônico:	Email:		
Número do RG e Órgão Expedidor:		CPF:	
Data de nascimento: ___/___/___	Naturalidade: Cidade/Estado:		
2.2 Dados do responsável técnico:			
Nome:		Data de nascimento: ___/___/___	
Formação:			



Conselho Municipal
dos Direitos do Idoso
de São Francisco do Sul

INSERIR LOGO

SITUAÇÃO LEGAL E DOS REQUISITOS BÁSICOS		
1. Modalidade de Atendimento da Unidade:		
() Instituição de Longa Permanência para Idosos	() Casa-Lar	
2. Documentação:		
Alvará de Localização e Funcionamento: Número	Validade: ___/___/___	
Alvará de Autorização Sanitária: Número	Validade: ___/___/___	
Alvará de Regularidade do Corpo de Bombeiros: Número	Validade: ___/___/___	
Natureza Jurídica: () Filantrópica () Particular		
2.1 No caso de entidade filantrópica:		
Registro no MDS : (número e prazo de validade)	Validade: ___/___/___	
Registro no CMAS : (número e prazo de validade)	Validade: ___/___/___	
Utilidade Pública : () Municipal () Estadual () Federal		
Possui Estatuto e Regimento Interno: () Sim () Não		
Possui Convênios: Descrever/Valor:		
() Federal () Estadual () Municipal () Outros		
3. Origem dos Recursos Financeiros para a manutenção da unidade particular		
3.1 - Mensalidades pagas – Valor Mínimo R\$	Máximo R\$	
3.2 - Recebe doações: () Sim () Não		
4. Dados sobre o atendimento e à saúde da pessoa idosa		
4.1 - Número de vagas total - ()	Masculino ()	Feminino ()
4.2 - Capacidade de atendimento		
Dependência I - Total ()	Masculino ()	Feminino ()
Dependência II - Total ()	Masculino ()	Feminino ()
Dependência III - Total ()	Masculino ()	Feminino ()

São Francisco do Sul, ____ de ____ de ____.

Nome e assinatura do(a) Presidente