



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA  
DE MEDIANEIRA/PR

[cmdi@medianeira.pr.gov.br](mailto:cmdi@medianeira.pr.gov.br)

Av. José Callegari, nº647, Bairro Ipê – 4º andar - Fone: (45) 3264 8694

**ANEXO I DA RESOLUÇÃO Nº 28/2024**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO OU RENOVAÇÃO**

ILMO (A). SENHOR (A)

XXXX

**PRESIDENTE DO CONSELHO DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA - CMDPI  
MEDIANEIRA - PR**

A entidade abaixo qualificada, por seu representante legal vem requerer:

- ( ) Inscrição neste Conselho.  
( ) Renovação de inscrição neste Conselho

Nome da Entidade:

Endereço do Atendimento:

CNPJ da Entidade:

Atividade Principal, conforme CNPJ:

Telefone: E-mail:

Nome do(s) Programa(s):

- ( ) Centro Dia  
( ) Centro de Convivência  
( ) Casa-Lar  
( ) Atendimento de Proteção Social Básica no Domicílio  
( ) Atendimento de Proteção Social Especial no Domicílio  
( ) Grupos de Convivência  
( ) República  
( ) Acolhimento Institucional  
( ) Oficina Abrigada de Trabalho  
( ) Outros

Público Alvo:

Dados do Representante Legal:

Nome

Endereço: nº Bairro:

Município: UF: CEP:

Tel. Celular: E-mail:

RG: CPF: Data nasc.:

Escolaridade

Período do Mandato

Medianeira, de de .

**ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL/ CARIMBO**



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA  
DE MEDIANEIRA/PR

[cmdi@medianeira.pr.gov.br](mailto:cmdi@medianeira.pr.gov.br)

Av. José Callegari, nº647, Bairro Ipê – 4º andar - Fone: (45) 3264 8694

**ANEXO II DA RESOLUÇÃO Nº 28/2024**

**PLANO DE AÇÃO ANUAL – [ANO]**

**1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE OU UNIDADE GOVERNAMENTAL**

Razão Social			C.N.P.J.		
Endereço			Telefone		WhatsApp institucional
Cidade	UF	CEP	E-mail Institucional		

**2. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL**

Nome do Responsável Legal					
C.P.F.			Data de Nascimento		
R.G. /Órgão expedidor. /		Cargo		E-mail	
Endereço completo			CEP	(DDD) Tel/Cel	
Nome do Coordenador ou Técnico Responsável pelo Serviço e/ou Programa					
C.P.F.			Data de Nascimento		
R.G. /Órgão expedidor. /		Cargo			Formação

**3.FINALIDADES ESTATUTÁRIAS**

**4.NOME DO SERVIÇO OU PROGRAMA DE ATENDIMENTO**

**5.ENDEREÇO DO SERVIÇO OU PROGRAMA DE ATENDIMENTO**

**6. PÚBLICO ALVO**

**7. FORMAS DE ACESSO E DE DESLIGAMENTO**

**Acesso:**

- ( ) Por determinação judicial  
( ) Por encaminhamento de outra Unidade da Rede de Atendimento



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA  
DE MEDIANEIRA/PR

[cmdi@medianeira.pr.gov.br](mailto:cmdi@medianeira.pr.gov.br)

Av. José Callegari, nº647, Bairro Ipê – 4º andar - Fone: (45) 3264 8694

( ) Por Demanda espontânea da família

( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Desligamento:**

( ) Mudança de Município

( ) Por solicitação de responsáveis legais

( ) Óbito

( ) Transferência de modalidade

( ) Outros \_\_\_\_\_

**8. JUSTIFICATIVA**

**9. METODOLOGIA**

**10. OBJETIVO GERAL**

**11. DETAHAMENTO DAS ATIVIDADES QUE SERÃO DESENVOLVIDAS**

Objetivo Específico	Descrição de Atividade	Agenda de execução (dias, horários e local)

**12. ORIGEM DOS RECURSOS**

**12.1 – RECURSOS FINANCEIROS**

FONTE	VALOR ANUAL
<b>TOTAL</b>	

**12.2 – RECURSOS FÍSICOS**

Descrição	Quantidade
-----------	------------



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA  
DE MEDIANEIRA/PR

[cmdi@medianeira.pr.gov.br](mailto:cmdi@medianeira.pr.gov.br)

Av. José Callegari, nº647, Bairro Ipê – 4º andar - Fone: (45) 3264 8694


**12.3 – RECURSOS HUMANOS**

Nome Completo	Formação	Vínculo	Função	Total Carga Horária Semanal destinada ao Programa

**13. ABRANGÊNCIA TERRITORIAL**

**14. ARTICULAÇÃO COM A REDE DE ATENDIMENTO**

**15. FORMA DE PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO**

**16. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**17. DECLARAÇÃO**

*Na qualidade de Representante Legal da [colocar o nome da Entidade], declaro sob as penas da Lei, que as informações prestadas neste Plano de Ação Anual, são expressões da verdade e possuem Fé Pública.*

Medianeira, de de .

**Nome e Assinatura do Coordenador**

**Nome e Assinatura do Técnico Responsável / Nº Registro Profissional**

**Nome e Assinatura do Responsável Legal pela Entidade**



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA  
DE MEDIANEIRA/PR

[cmdi@medianeira.pr.gov.br](mailto:cmdi@medianeira.pr.gov.br)

Av. José Callegari, nº647, Bairro Ipê – 4º andar - Fone: (45) 3264 8694

**ANEXO III DA RESOLUÇÃO Nº 28/2024**

**RELATÓRIO ANUAL – [ANO]**

**1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE OU UNIDADE GOVERNAMENTAL**

Razão Social		C.N.P.J.	
Endereço		Telefone	WhatsApp institucional
Cidade	UF	CEP	E-mail Institucional

**2. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL**

Nome do Responsável Legal			
C.P.F.		Data de Nascimento	
R.G. /Órgão expedidor. /	Cargo	E-mail	
Endereço completo		CEP	(DDD) Tel/Cel
Nome do Coordenador ou Técnico Responsável pelo Regime de Atendimento/ Programa			
C.P.F.		Data de Nascimento	
R.G. /Órgão expedidor. /	Cargo	Formação	

**3. NOME DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO**

**4. ENDEREÇO DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO**

**5. PÚBLICO ALVO ATENDIDO**

**6. QUANTIDADES DE ACESSOS E DE DESLIGAMENTOS**



**CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA  
DE MEDIANEIRA/PR**

[cmdi@medianeira.pr.gov.br](mailto:cmdi@medianeira.pr.gov.br)

*Av. José Callegari, nº647, Bairro Ipê – 4º andar - Fone: (45) 3264 8694*

**7. OBJETIVO GERAL**

**8. DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES QUE FORAM DESENVOLVIDAS**

Objetivos Específicos	Descrição de Atividades Realizadas	Agenda de execução (dias, horários e local)	Justificativa da não realização

**9. ORIGEM DOS RECURSOS**

**9.1 – RECURSOS FINANCEIROS EXECUTADOS**

FONTE	VALOR ANUAL
<b>TOTAL</b>	

**10. INFRAESTRUTURA**

**10.1 – RECURSOS FÍSICOS UTILIZADOS**

Descrição	Quantidade

**10.2 – RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DO PLANO**



**CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA  
DE MEDIANEIRA/PR**

[cmdi@medianeira.pr.gov.br](mailto:cmdi@medianeira.pr.gov.br)

*Av. José Callegari, nº647, Bairro Ipê – 4º andar - Fone: (45) 3264 8694*

Nome Completo	Formação	Vínculo	Função	Total Carga Horária destinada ao Programa	Admissões	Demissões

**11. ABRANGÊNCIA TERRITORIAL**

**12. ARTICULAÇÃO COM A REDE DE ATENDIMENTO**

**13. FORMA DE PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO**

**14. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**15. DECLARAÇÃO**

*Na qualidade de Responsável da [colocar nome da Entidade], declaro sob as penas da Lei, que as informações prestadas neste Relatório Anual, são expressões da verdade e possuem Fé Pública.*

Medianeira,                    de                    de                    .

**Nome e Assinatura do Coordenador**

**Nome e Assinatura do Técnico Responsável / Nº Registro Profissional**

**Nome e Assinatura do Responsável Legal pela Entidade**