



CONSELHO MUNICIPAL DA PESSOA IDOSA - CMI – JAÚ/SP

Criado pela Lei Municipal nº 3.274 de 16/06/1998

Alterada pela Lei nº 3.299 de 15/09/1998

Rua Aristides Lobo Sobrinho nº 174 – Centro – Jaú – 17.207-300

---

### **RESOLUÇÃO nº 02 de 12 de julho de 2023**

*Estabelece procedimentos para inscrição de entidades não-governamentais sem fins lucrativos bem como de entidades com fins lucrativos no Conselho Municipal da Pessoa Idosa de Jaú – CMI/Jaú.*

O Conselho Municipal da Pessoa Idosa de Jaú – CMI/Jaú, no uso de suas atribuições estabelecidas pela Lei Municipal nº 3.274 de 16 de junho de 1998 e tendo em vista a deliberação do Plenário em reunião do dia xx de junho de 2023 e

CONSIDERANDO que a Lei Federal nº 10.741/03 (Estatuto da Pessoa Idosa) em seu artigo 48, parágrafo único – incisos I, II, III e IV dispõe que as entidades não governamentais de assistência à pessoa idosa ficam sujeitas à inscrição de seus programas junto ao CMI/Jaú devendo especificar os regimes de atendimento e observar os requisitos ali previstos;

CONSIDERANDO que a Lei Federal nº 10.741/03 (Estatuto da Pessoa Idosa) dispõe em seu artigo 52 que as entidades não- governamentais de atendimento à pessoa idosa ficam sujeitas à fiscalização pelo CMI/Jaú, Ministério Público e pela Vigilância Sanitária;

CONSIDERANDO, ainda, que compete ao CMI/Jaú participar da coordenação das ações integradas setoriais da Política Municipal da Pessoa Idosa, bem como avaliar e deliberar quanto à política e às ações de atendimento à pessoa idosa no âmbito do município de Jaú;

#### **RESOLVE:**

Art. 1º - Estabelecer os procedimentos para inscrição das entidades não-governamentais que desenvolvem atividades para pessoas idosas no âmbito do município de Jaú.

Art. 2º - Ficam sujeitas à inscrição no CMI/Jaú todas as entidades não-governamentais que ofertem as seguintes modalidades de atendimento:

- A) Acolhimento institucional para pessoas idosas em Instituições de Longa Permanência, Casa-Lar ou serviço de acolhimento em repúblicas;
- B) Proteção social especial em Centros-Dia e oficina abrigada de trabalho;
- C) Serviços de convivência, como centros de convivência e associações de idosos.

Parágrafo único – Ficam sujeitas, ainda, à inscrição todas as entidades não-governamentais que recebam a qualquer título, verbas públicas destinadas ao atendimento ou à assistência à pessoa idosa.

Art. 3º - As entidades não-governamentais que não prestem atendimento direto e específico à pessoa idosa, mas que desenvolvam programas, projetos e serviços voltados a esse segmento populacional deverão proceder à inscrição destes, especificando os regimes de atendimento junto ao CMI/Jaú.

Art. 4º - O pedido de inscrição das entidades não-governamentais e da inscrição de programas, projetos e serviços de atendimento à pessoa idosa das entidades não-governamentais deverá ser protocolada no protocolo geral da prefeitura Municipal de Jahu e endereçada ao CMI/Jaú e terá o prazo máximo para deliberação de 90 (noventa) dias contados da data do protocolo.

Art. 5º - Os documentos exigidos para inscrição de entidades não-governamentais são:

I – requerimento endereçado ao CMI/Jaú

II – estatuto devidamente registrado e atualizado, no caso de ser a entidade filantrópica sem fins lucrativos ou

cópia do contrato social registrado comprovando a execução de programas de atendimento às pessoas idosas como finalidade da sociedade, no caso de ser a entidade privada que atuam com fins lucrativos.

III – cópia do CNPJ

IV – ata da eleição da última diretoria devidamente registrada no caso de ser a entidade filantrópica sem fins lucrativos, bem como cópia do RG e do CPF do Presidente e do Tesoureiro ou

cópia do RG e CPF dos sócios da pessoa Jurídica no caso de ser a entidade privada que atuam com fins lucrativos.

V – balanço financeiro do ano anterior se a entidade for constituída há mais de um ano, no caso de ser a entidade filantrópica sem fins lucrativos.

VI – relatório das atividades desenvolvidas no ano anterior, se constituída a entidade há mais de um ano, conforme Anexo I.

VII – plano de trabalho conforme Anexo II, contendo:

- a) Finalidades estatutárias,
- b) Objetivos,
- c) Origem dos recursos,
- d) Infraestrutura,

- e) Identificação do serviço, informando:
  - e.1. Público-alvo
  - e.2. Capacidade de atendimento,
  - e.3. Recurso financeiro utilizado, recursos financeiros a serem utilizados,
  - e.4. Recursos humanos envolvidos e suas qualificações e
  - e.5. Abrangência territorial.

VIII – relação das pessoas idosas residentes, com o valor cobrado da prestação de serviços, bem como o valor total do benefício previdenciário ou assistencial de cada idoso, especificando o percentual de contribuição desta no custeio da entidade;

IX – cópia do contrato de prestação de serviço a ser firmado com a pessoa idosa;

X – inscrição de entidade de assistência social no caso de ser a entidade filantrópica sem fins lucrativos;

XI – certidão negativa cível e criminal de seus dirigentes emitidas pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo – TJSP.

XII – declaração assinada pelo representante legal da entidade comprovando regular funcionamento no último ano e atestando o desenvolvimento de ações compatíveis com o plano de trabalho.

XIII – comprovações de instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança, mediante a apresentação de:

- a) Alvará de funcionamento emitido pela Prefeitura Municipal, atualizado;
- b) Certificado de vistoria do Corpo de Bombeiros, atualizado e
- c) Licença sanitária emitida pela Vigilância Sanitária, atualizada.

Parágrafo único – Na falta de alguma documentação a entidade deverá informar o motivo da ausência do documento e, a critério do CMI/Jaú, se for de sua conveniência, firmar Termo de Compromisso de Regularização, cabendo ao CMI/Jaú avaliar a possibilidade de inscrição ou renovação, baseado em referido ajuste.

Art. 6º - O deferimento da inscrição ou renovação da entidade tem como consequência a emissão do Certificado de Inscrição e a Declaração de Registro da entidade no CMI/Jaú.

Parágrafo único – Caso seja verificada a falta de documentos e/ou invalidade destes, a entidade terá um prazo de 30 (trinta) dias consecutivos contados a partir da notificação pelo CMI/Jaú para saná-la, sob pena de indeferimento.

Art. 7º - Caberá ao CMI/Jaú:

- a) Receber e analisar os pedidos de inscrição ou renovação das entidades, bem como a documentação respectiva;
- b) Providenciar visita à entidade e emissão de parecer sobre as condições para funcionamento;
- c) Expedir o competente certificado às entidades.

Art. 8º - O certificado será válido por 01 (um) ano no caso de inscrição ou renovação.

Parágrafo único – O pedido de inscrição ou de renovação de entidade deverá ser promovido no prazo de 90 (noventa) dias anteriores ao seu vencimento.

Art. 9º - Será indeferida a inscrição à entidade que não:

- I. Apresentar a documentação exigida no artigo 5º;
- II. Oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança;
- III. Apresentar objetivos estatutários e plano de trabalho compatíveis com os princípios da Lei nº 10.741/03 (Estatuto da Pessoa Idosa);
- IV. Esteja regularmente constituída e
- V. Demonstre a idoneidade de seus dirigentes.

Parágrafo único – Em caso de indeferimento, por qualquer motivo, a entidade poderá, logo que corrija a irregularidade apontada, dar entrada com novo pedido de inscrição.

Art. 10 - As entidades não-governamentais serão advertidas quando:

- a) Apresentarem irregularidades técnicas ou administrativas incompatíveis com os princípios do Estatuto da Pessoa Idosa;
- b) Interromperem suas atividades por período superior a 3 (três) meses sem motivo justificado e
- c) Deixarem de cumprir, sem justo motivo, com o plano de trabalho apresentado.

Parágrafo único – A advertência estabelecerá um prazo de 30 (trinta) dias para que a entidade sane as irregularidades apontadas e/ou apresente defesa fundamentada, a ser analisada por uma comissão especialmente nomeada para tal mister e submetida à apreciação do Plenário do CMI/Jaú sob pena de cancelamento da inscrição da entidade.

Art. 11 – O funcionamento das entidades não-governamentais privadas que atuam com fins lucrativos em atendimento às pessoas idosas depende de prévia inscrição no CMI/Jaú.

Art. 12 – as entidades governamentais e não-governamentais estão sujeitas às penalidades administrativas previstas na Lei nº 10.741/03 (Estatuto da Pessoa Idosa).

Parágrafo único – A entidade que já se encontrar em pleno funcionamento deverá efetivar a sua inscrição no prazo de 30 (trinta) dias a contar da publicação desta deliberação.

Art. 13 – O descumprimento das disposições contidas nesta deliberação por parte das entidades não-governamentais será comunicado ao Ministério Público e demais órgãos que o CMI/Jaú entender pertinentes.

Art. 14 – Revogam-se os seguintes dispositivos:

*Deliberação nº 01 de 24 de novembro de 2014*

*Deliberação nº 01 de 23 de março de 2015*

*Deliberação nº 02 de 23 de março de 2015*

Art. 15 - O Parágrafo 2º do Art. 7º da Deliberação nº 02 de 24 de novembro de 2014 passa a vigorar com a seguinte redação:

*Parágrafo 2º - Os recursos do Fundo Municipal do Idoso proveniente de doações poderão ter vinculação destinada a entidade ou programa, projetos e ações governamentais e não-governamentais filantrópicas sendo que uma percentagem desta destinação, conforme tabela abaixo, deverá permanecer no Fundo Municipal do Idoso com a finalidade de ser destinado a outras entidades ou programas, projetos e ações governamentais ou não-governamentais filantrópicas:*

*Tabela :*

<i>Captação até R\$ 5.000.000,00.....</i>	<i>20%</i>
<i>De R\$ 5.000.001,00 até R\$ 20.000.000,00.....</i>	<i>15%</i>
<i>De R\$ 20.000.001,00 até R\$ 30.000.000,00.....</i>	<i>10%</i>
<i>Acima de R\$ 30.000.001,00.....</i>	<i>5%</i>

Art. 16 – O relatório de atividades do ano anterior previsto no art. 5º, VI somente será exigido a partir do ano de 2024 para a inscrição/renovação requeridas no ano de 2025, e assim por diante nos anos subsequentes.

Art. 17 – Esta deliberação entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Jaú, 12 de julho de 2023

Mario Celso Campana Ribeiro  
Presidente

ANEXO I  
**RELATORIO DE ATIVIDADES**  
ANO:

*(Remover as instruções em vermelho e itálico na versão final assinada a ser entregue ao CMI.)*

**Serviço de Acolhimento de Pessoas Idosas**

**I. IDENTIFICAÇÃO**

Nome/ Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ:

Endereço:

Bairro:

Cidade/ UF:

Telefone:

E-mail:

**II. RESPONSÁVEL LEGAL DA ENTIDADE**

Nome:

Profissão:

CPF:

RG:

Mandato da Atual Diretoria:

Telefone:

E-mail:

**III RECURSOS HUMANOS**

**3.1) Equipe de Referência**

Nº	Nome	Função	Escolaridade Profissão	Carga horária	Observação

*(Acréscitar mais linhas se necessário)*

### 3.2) Voluntários e estagiários não remunerados

Nº	Nome	Escolaridade Profissão	Carga horária Semana	Termo de Voluntariado (sim ou não)	Atividades desenvolvidas

*(Acrescentar mais linhas se necessário)*

## 4. APRESENTAÇÃO

*(Breve apresentação da entidade)*

## 5. OBJETIVO

**Objetivo Geral**

*(Exemplo:)*

*Garantir ao idoso o acolhimento, ofertando ações que resultem na proteção integral.*

### 5.1) Objetivos específicos

*(Exemplo:)*

- ✓ *Promover ações visando o fortalecimento e/ou resgate dos vínculos familiares e comunitários.*
- ✓ *Buscar a atuação articulada com a rede socioassistencial de proteção especial e intersetorial a fim de proporcionar maior efetivação na garantia de direitos.*
- ✓ *Oferecer o acesso ao lazer, e ocupações internas de acordo com o interesse, desejo e possibilidades de cada usuário.*
- ✓ *Promover a convivência entre todos os idosos acolhidos respeitando suas escolhas e individualidade.*
- ✓ *Desenvolver ações para incentivar a independência e autocuidado.*

## 6. PÚBLICO ALVO:

**6.1 Meta Pactuada:** Atender a xx idosos de todos os gêneros.

**7. Dias e horário de atendimento:** todos os dias da semana e 24 horas por dia.

## 8. AÇÕES E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

Segue abaixo os dados quantitativos das ações/atividades realizadas:

ANO:	
Ações/Atividade	Quantidade
Acolhida	
Referenciamento	
Atualização cadastro	
Visitas Domiciliares (conhecer realidade ou busca-ativa)	
Encaminhamento para órgãos do Sistema de Garantia de Direitos – SGD (Defensoria Pública)	
Encaminhamento para retirar Documentos Pessoais (Certidão de nascimento)	
Encaminhamento para Rede Municipal de Saúde	
Contato com a rede de serviços intersectorial (Assistência Social, Saúde, Educação, Esporte e Lazer, Cultura, entre outros)	
Contato com a rede de serviços socioassistencial (entidades)	
Atendimento social individualizado com idosos	
Atendimento social individualizado com as Famílias (idosos)	
Reunião de equipe (para estudos sobre a metodologia de trabalho, discussão de casos, planejamento, avaliação e monitoramento das ações)	
Grupos com os Idosos	
Grupo e/ou Confraternizações com família	
Encontro Intergeracional	
Confraternização (datas festivas ou aniversariantes mês) com idosos	
Passeios (idosos com suas famílias)	
Passeios realizados pela instituição	
Oficina da Beleza	
Oficina de Artesanato	
Oficina de desenho	
Oficina de Jogos (bingo, memória, cartas)	
Oficina de Dança	
Oficina de cinema	
Oficina de Leitura	
Oficina de Esporte (Alongamento, Caminhada)	
Encaminhamento para Cadastro único	

## ATIVIDADES

*(Exemplo:)*

<b>Atividade:</b> <i>Oficina de jogos – bingo de animais</i>
<b>Objetivo:</b> <i>Estimular a convivência em grupo, raciocínio.</i>
<b>Data:</b> <i>03/01; 17/01</i>
<b>Responsável:</b> <i>Terapeuta Ocupacional e cuidador social</i>
<b>Participantes:</b>
<b>Desenvolvimento:</b> <i>Teve início com a distribuição das cartelas com figuras de animais e feijões para a marcação. Alguns participantes necessitaram e foram auxiliadas pela Terapeuta Ocupacional e ou cuidador Social. Foram jogadas 6 rodadas, e os ganhadores foram presenteados com um brinde.</i>  <i>Durante a atividade observou-se a capacidade comunicar-se, demonstrar autocontrole, realizar tarefas em grupo. Direito a aprender e experimentar, ser protagonista, pertencer.</i>

*(Colocar foto da atividade sendo realizada)*

*(E seguir assim para todas as atividades que foram previstas no plano de trabalho anual)*

**SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA IDOSOS**

<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>MEIO DE VERIFICAÇÃO/ INSTRUMENTAL</b>
Acolher e garantir proteção integral	- Solicitar 01(uma) avaliação médica com a realização de exames clínicos durante a inclusão do idoso, podendo ser entregue até 90 dias após a inserção do usuário.	Ampliar o acesso à bens e serviços públicos ou privados;  Melhoria da qualidade de vida	- Relatório de Atividades  - Lista de presença  - Fotografias
	Possibilitar que 01(um) cardápio no mês seja escolhido pelos usuários do serviço.	Melhoria da qualidade de vida	- Pesquisa de satisfação
	Oferecer 01(uma) oficina de beleza por semana (unha e barba).	Melhoria da qualidade de vida	- Visita técnica
	Oferecer 01(uma) oficina de beleza por mês (cabelo e sobrancelha).	Melhoria da qualidade de vida	- Relatos das famílias nos atendimentos
Favorecer o desenvolvimento de habilidades e capacidades humanas e sociais para que os idosos tenham mais autonomia;	- Realizar no mínimo 03 (três) tipo de atividade semanais, incluindo oficinas ou grupos socioeducativos.	Aumento da autonomia dos usuários	
	- Realizar no mínimo 01 (um) grupo com os idosos por mês, pela equipe de referência do serviço (Assistente Social e Psicóloga/o).	Acesso às informações sobre os direitos sociais	
Restabelecer vínculos familiares e/ou sociais;	- Realizar no mínimo 04 (quatro) ações com as famílias durante o ano, incluindo reuniões, oficinas ou grupos.	Fortalecimento do vínculo familiar  Acesso às informações sobre os direitos sociais	
	- Realizar no mínimo 03 (três) confraternização com os idosos e suas famílias durante o ano.	Fortalecimento do vínculo familiar	
Possibilitar a convivência comunitária;	- Realizar no mínimo 01(uma) ação intergeracional envolvendo os usuários dos outros serviços socioassistenciais e/ou suas famílias.	Fortalecimento da convivência social e comunitária.	
	- Realizar no mínimo 06 (seis) passeios com os idosos durante o ano;	Fortalecimento da convivência social e comunitária.	

<p>Promover acesso à rede socioassistencial, aos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e às demais políticas públicas setoriais;</p>	<p>-Articular 01(uma) ação para atualização do Cadastro Único na Organização da Sociedade Civil – OSC, se ILPI filantrópica.</p>	<p>Ampliar o acesso a programas sociais;</p>	
	<p>- Solicitar no mínimo 01(um) um acompanhamento anual na área da saúde com a realização de exames clínicos;</p>		
	<p>- Construir o PIA – Plano Individual de Atendimento em conjunto com o CREAS e a rede de serviços, sendo as metas revistas no mínimo 01(uma) vez por ano, se ILPI filantrópica;</p>	<p>Melhoria da qualidade de vida Aumento da autonomia dos usuários</p>	
<p>Promover o acesso a programações culturais, de lazer, de esporte e ocupacional interno e externo, relacionando-as a interesses, vivências, desejos e possibilidades do público.</p>	<p>- Participar de no mínimo 01 (uma) evento cultural ou esportivo, podendo ser realizado na entidade ou na comunidade.</p>	<p>Ampliar o acesso à bens e serviços públicos ou privados;</p>	

**10 METAS E INDICADORES**

**10.1) JUSTIFICATIVA PARA O ALCANCE PARCIAL OU NÃO ALCANCE DO RESULTADO PROPOSTO:**

**10.2) PROPOSTAS PARA A SUPERAÇÃO:**

Jaú, xx de xxxxxx de xxxx.

*(assinaturas)*

**LISTA DE USUÁRIOS ATENDIDOS  
MÊS: MMMMMM/AAAA**

	NOME	NIS	NOME DA MÃE	DATA NASC.	DATA INCLUSÃO	Data Saída
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10						
11						
12						
13						
14						

*(Acréscitar mais linhas se necessário)*

ANEXO II –  
Plano de Trabalho 20\_\_\_\_\_

*(Remover as instruções em vermelho e itálico na versão final assinada a ser entregue ao CMI.)*

**1. DADOS CADASTRAIS**

**1.1 Entidade:**

Razão Social:  
Data de criação:  
C.N.P.J.:  
Inscrição no CMI nº: (se houver)  
Inscrição no CMAS nº (se houver):  
Endereço:  
Cidade:  
UF:  
CEP:  
E-mail:  
DDD/Tel:  
FAX:

**1.2 Representantes Legais:**

Nome do Representante Legal:  
CPF:  
RG: Órgão Expedidor:  
Cargo / Função:  
Endereço:  
CEP:  
Início mandato: .Fim do mandato:  
Telefone para contato: E-mail:

**1.3 Responsável Técnico:**

Nome do Técnico Responsável:  
CPF:  
RG: Órgão Expedidor:  
Formação Profissional:  
Nº Registro Profissional:  
Cargo / Função:  
Endereço:  
CEP:  
Telefone para contato: E-mail:

**2. APRESENTAÇÃO E HISTÓRICO DA ENTIDADE:**

**2.1 Histórico da ENTIDADE:**

*(O histórico deve trazer um breve resumo da atuação da entidade, destacando seus projetos e o público-alvo atendido desde sua constituição.)*

## 2.2 Finalidades da ENTIDADE:

## 3. DESCRIÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

### 3.1 Objeto

*(Descrição resumida do objeto dos serviços disponibilizados em conformidade com a Política Nacional do Idoso e com o Estatuto da Pessoa Idosa)*

### 3.2 Descrição da Linha de Ação da Política de Atendimento à Pessoa Idosa

*(Descrição da linha de ação que será beneficiada por este plano de trabalho, considerando o artigo 47 da Lei Federal nº 10.741/2003 (Estatuto da Pessoa Idosa).)*

### 3.3 Endereço de Execução do Serviço

*(Descrever o endereço no qual será executado o projeto.)*

### 3.4 Recursos Físicos Existentes

*(Descrição dos recursos físicos da entidade como número de quartos, de salas, de sanitários, etc.)*

## 4. METAS, ATIVIDADES E FORMA DE EXECUÇÃO

*(Lei Federal nº 13019/14, art. 22:*

- inciso II: descrição de metas a serem atingidas e de atividades ou projetos a serem executados;*
- inciso III: forma de execução das atividades ou dos projetos e de cumprimento das metas a eles atreladas;*
- inciso IV: definição dos parâmetros a serem utilizados para a aferição do cumprimento das metas)*

### 4.1 - Cronograma de Atividades

CRONOGRAMA MENSAL DE ATIVIDADES					
Mês: /2024					
1ª semana					
Datas	Usuários	Atividades	Objetivo	Responsáveis	Observações
2ª semana					
Datas	Usuários	Atividades	Objetivo	Responsáveis	Observações
3ª semana					
Datas	Usuários	Atividades	Objetivo	Responsáveis	Observações

<b>4ª semana</b>					
<b>Datas</b>	<b>Usuários</b>	<b>Atividades</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Observações</b>

*(Inserir quantas linhas forem necessárias)*

## 4.2 Metas a Serem Atingidas

<b>SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL PARA IDOSOS</b>			
<b>OBJETIVO</b>	<b>META</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>MEIO DE VERIFICAÇÃO/ INSTRUMENTAL</b>
<i>Acolher e garantir proteção integral;</i>	<i>- Solicitar 01(uma) avaliação médica com a realização de exames clínicos durante a inclusão do idoso, podendo ser entregue até 90 dias após a inserção do usuário.</i>	<i>Ampliar o acesso à bens e serviços públicos ou privados; Melhoria da qualidade de vida</i>	<i>- Relatório de Atividades - Lista de presença - Fotografias - Pesquisa de satisfação - Visita técnica - entre outros...</i>
	<i>Possibilitar que 01(um) cardápio no mês seja escolhido pelos usuários do serviço.</i>	<i>Melhoria da qualidade de vida</i>	
	<i>Oferecer 01(uma) oficina de beleza por semana (unha e barba).</i>	<i>Melhoria da qualidade de vida</i>	
	<i>Oferecer 01(uma) oficina de beleza por mês (cabelo e sobrancelha).</i>	<i>Melhoria da qualidade de vida</i>	
<i>Favorecer o desenvolvimento de habilidades e capacidades humanas e sociais para que os idosos tenham mais autonomia;</i>	<i>- Realizar no mínimo 01 (um) tipo de atividade diária, incluindo oficinas ou grupos socioeducativos.</i>	<i>Aumento da autonomia dos usuários</i>	
	<i>- Realizar no mínimo 01 (um) grupo com os idosos por mês, pela equipe de referência do serviço (Assistente Social e Psicóloga/o).</i>	<i>Acesso às informações sobre os direitos sociais</i>	
<i>Restabelecer vínculos familiares e/ou sociais;</i>	<i>- Realizar no mínimo 04 (quatro) ações com as famílias durante o ano, incluindo reuniões, oficinas ou grupos.</i>	<i>Fortalecimento do vínculo familiar Acesso às informações sobre os direitos sociais</i>	
	<i>- Realizar no mínimo 01 (uma) confraternização com os idosos e suas famílias durante o ano.</i>	<i>Fortalecimento do vínculo familiar</i>	
<i>Possibilitar a convivência comunitária;</i>	<i>- Realizar no mínimo 01(uma) ação intergeracional envolvendo os usuários dos outros serviços socioassistenciais e/ou suas famílias.</i>	<i>Fortalecimento da convivência social e comunitária.</i>	

Jaú/SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**REPRESENTANTE LEGAL**

Nome:

Data:

Assinatura:

**RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA EXECUÇÃO DO SERVIÇO**

Nome:

Data:

Assinatura: