**Ficha Cadastral**

**I. Dados Cadastrais**

**1.1. Identificação da Instituição**

Razão Social: .............................................................................................................

Nome Fantasia: ....................................................................................................................

Endereço: .............................................................................................................................

Bairro: ............................................................. CEP: ......................................

Cidade: Formigueiro

CNPJ: .............................................................

Fone: .......................................................

E-mail: ...........................................................................................................................

Início do Funcionamento: .....................................

**1.2. Responsável**

1.2.1 Administrativo

Nome Completo:................................................................. Função: .............................................

Nº do Registro Profissional: .....................................................

Contato: Fone ..................................E-mail: ..............................................

Formação:........................................................................

1.2.2 Técnico

Nome Completo:.................................................................. Função: ............................................

Nº do Registro Profissional: ............................................

Contato: Fone ..................................E-mail: .............................................

Formação:..........................................................................

**1.3. Natureza Jurídica**

1.3.1 Pública ( )

1.3.2 Privada ( )

 1.3.2.1 com fins lucrativos ( )

 1 3.2.2 sem fins lucrativos ( )

 1.3.2.2.1 Religiosa ( )

 1.3.2.2.2 Outra. Especificar: ..................................................................

**1.4. Fonte Principal de Recursos Financeiros**

1.4.1 Recurso Próprio ( )

1.4.2 Entidade Mantenedora ( )

1.4.3 Convênios

 1.4.3.1 Municipal ( )

 1.4.3.2 Estadual ( )

 1.4.3.3 Federal ( )

1.4.4 Doações

 1.4.4.1 Pessoas Físicas ( )

 1.4.4.2 Pessoas Jurídicas ( )

1.4.5 Participação das três esferas de governo ( )

1.4.6 Outra(s). Especificar: ......................................................................

**1.5. Clientela-alvo (em números):**............

1.5.1 Masculino – Quantos? .........................

 1.5.1.1) 60 a 64 anos – Nº ........

 1.5.1.2) 65 a 69 anos – Nº ........

 1.5.1.3) 70 a 74 anos – Nº ........

 1.5.1.4) 75 a 79 anos – Nº ........

 1.5.1.5) 80 a 84 anos – Nº ........

 1.5.1.6) 85 a 89 anos – Nº ........

 1.5.1.7) 90 a 94 anos – Nº ........

 1.5.1.8) 95 e mais – Nº ........

1.5.2 Feminino - Quantos? ...................

 1.5.2.1) 60 a 64 anos – Nº ........

 1.5.2.2) 65 a 69 anos – Nº ........

 1.5.2.3) 70 a 74 anos – Nº ........

 1.5.2.4) 75 a 79 anos – Nº ........

 1.5.2.5) 80 a 84 anos – Nº ........

 1.5.2.6) 85 a 89 anos – Nº ........

 1.5.2.7) 90 a 94 anos – Nº ........

 1.5.2.8) 95 e mais – Nº ........

**II Recursos Humanos**

**2.1 Profissionais de nível superior**

| **Profissionais** | **Serviço próprio** | **Serviço conveniado** |
| --- | --- | --- |
| **Número de profissionais** |
| **Contrat.** | **voluntário** | **cedido** | **estagiário** |
| 3.1.1 Médico |  |  |  |  |  |
| 3.1.2 Psicólogo |  |  |  |  |  |
| 3.1.3 Odontólogo |  |  |  |  |  |
| 3.1.4 Assistente Social |  |  |  |  |  |
| 3.1.5 Terap. Ocupacional |  |  |  |  |  |
| 3.1.6 Fonoaudiólogo |  |  |  |  |  |
| 3.1.7 Nutricionista |  |  |  |  |  |
| 3.1.8 Enfermeiro |  |  |  |  |  |
| 3.1.9 Fisioterapeuta |  |  |  |  |  |
| 3.1.10 Educador Físico |  |  |  |  |  |
| 3.1.11 Professor |  |  |  |  |  |
| 3.1.12 Outros .................. |  |  |  |  |  |

Nome do profissional:........................................................................................ Nº de registro:......................

Nome do profissional:........................................................................................ Nº de registro:......................

Nome do profissional:........................................................................................ Nº de registro:......................

Nome do profissional:........................................................................................ Nº de registro:.....................

Nome do profissional:........................................................................................ Nº de registro:......................

**2.2. Profissionais de nível médio ou técnico**

| **Profissionais** | **Número de profissionais** |
| --- | --- |
| **contratado** | **voluntário** | **cedido** | **estagiário** |
| 3.2.1 Técnico em enfermagem |  |  |  |  |
| 3.2.2 Auxiliar de enfermagem |  |  |  |  |
| 3.2.3 Recreacionista |  |  |  |  |
| 3.2.4 Outros:............................ |  |  |  |  |

Nome do profissional:........................................................................................ Nº de registro:.....................

Nome do profissional:........................................................................................ Nº de registro:......................

Nome do profissional:........................................................................................ Nº de registro:......................

Nome do profissional:........................................................................................ Nº de registro:......................

Nome do profissional:........................................................................................ Nº de registro:......................

**3. Documentação referente ao idoso:**

3.1 Prontuário atualizado por idoso:

3.1.1 Sim ( ) (anexar modelo)

3.1.2 Não ( )

3.2 Contrato de prestação de serviços:

3.2.1 Sim ( ) (anexar modelo)

3.2.2 Não

3.3 Ficha cadastral com dados pessoais e familiares

3.3.1 Sim ( ) (anexar modelo)

 3.3.2 Não

**4. Documentação referente à entidade (anexar):**

4.1 Cópia do estatuto da instituição

4.2 Registro em cartório

4.3 CNPJ

4.4 Cópia de Alvará (última renovação):

 4.4.1 De localização e de funcionamento

Formigueiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura dos responsáveis pelas informações.