

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO DE ATIVIDADES MENSAL

RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO: Recanto Monsenhor Albino ¹				
PROGRAMA DE: Proteção Social Especial de Alta Complexidade ²		TERMO de Colaboração³ Nº 1/2021⁴		PERIODO DE REFERÊNCIA⁵: OUTUBRO /2021
UNIDADE⁶	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO⁷	PÚBLICO ALVO⁸	Nº DE ATENDIDOS	
Endereço: rodovia Dr. Alberto Lahós de Carvalho KM 04, rural, cep: 158000-000, Catanduva-SP	INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS- ILPI Projeto: adequação do espaço físico para qualidade de vida, acessibilidade, saúde e bem estar dos idosos acolhidos.	Idosos de ambos os sexos, acima de 60 anos, independentes e/ou com diversos graus de dependência, acolhidos no serviço de acolhimento institucional	MÊS / ATIVIDADE⁹	OUTUBRO/2021
			Programada¹⁰	40
			Executada¹¹	32

Para o serviço descrito anteriormente preencher os quadros abaixo:

<p>OBJETIVO DO SERVIÇO:</p> <p>Objetivo geral:</p> <ul style="list-style-type: none">- Promover no processo de envelhecimento a melhoria da qualidade de vida, acessibilidade e segurança dos idosos acolhidos na instituição através da adequação do espaço. <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none">- Trocar as janelas e venezianas dos quartos dos idosos;- Ofertar através deste espaço, acessibilidade, qualidade de vida, comodidade, confortos e segurança;- Promover ambiente renovado e adequado para moradia dos idosos acolhidos;
--



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

IMPACTO SOCIAL ESPERADO:

-Realizar a adequação do espaço conforme proposto no projeto, melhorar as condições do ambiente para os idosos acolhidos, proporcionando uma convivência saudável e harmoniosa nos aspectos físicos, mental e social.

ATIVIDADES REALIZADAS:

- Assinatura do termo de colaboração data 08/09/2021;
- Processo de compras;

RESULTADOS OBTIDOS:

Metas:

- Comprar as janelas e venezianas para adequação dos quartos dos idosos ;

DOAÇÕES RECEBIDAS NO PERÍODO (PREENCHIMENTO FACULTATIVO):

Registrado em controle interno da instituição.

OBSERVAÇÕES:

Parceria até 31/12/2021.

LISTA DE PRESENÇA COM NOME E DATAS DOS DIAS DE EXECUÇÃO DO SERVIÇO

Nada a declarar.

TRANSPARÊNCIA DAS INFORMAÇÕES:

As documentações referente a parceria, tais como, estatuto social atualizado; termos de ajustes; planos de trabalho; relatório de atividades, relação nominal dos dirigentes, valores repassados; lista de prestadores de serviços (pessoas físicas e jurídicas) e os respectivos valores pagos; remuneração individualizada dos dirigentes e empregados com os respectivos nomes, cargos ou funções; balanços e demonstrações contábeis e os relatórios físico-financeiros de acompanhamentos, regulamento de compras e de contratação de pessoal, estão inseridas no mural de informações da OSC, no site eletrônico <http://www.webfipa.net/portal/> para acompanhamento das ações.

LOCAL E DATA:

Catanduva, 3 de Novembro de 20 21.

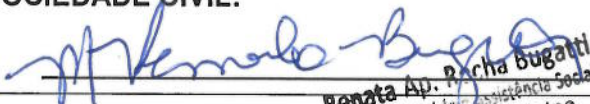

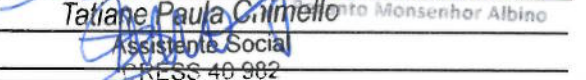
ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL EXECUTORA:

Recanto Monsenhor Albino



[Handwritten signature]

[Handwritten initials]

NOME E ASSINATURA DO PRESIDENTE DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL:	
Reginaldo Donizeti Lopes / Presidente da OSC e sua assinatura	
RESPONSÁVEL (IS) PELA EXECUÇÃO DO SERVIÇO:	
Silvia Helena Galetti Moreno,	 Gerente Administrativo Fundação Padre Albino
Tatiane Paula Chimello,	 Assistente Social Fundação Padre Albino

Renata Ap. Rocha Bugatti
Diretora de Saúde Assistência Social
Fundação Padre Albino

INSERIR AO RELATÓRIO ANEXO(S), PARA COMPROVAÇÃO DA(S) ATIVIDADE(S) REALIZADA(S) DE ACORDO COM A PARCERIA PACTUADA:

- Controle de frequência/ Lista de presença (relação nominal dos participantes, assinatura dos participantes, indicação das atividades desenvolvida, data das atividades, justificativa de faltas quando ocorrer, demais informações que a OSC achar necessário para comprovação das atividades, assinatura e função dos responsáveis pela execução das atividades e número do registro quando técnico de nível superior e for exigido o número do respectivo registro pelo Conselho competente);
- Fotos de atividades realizadas, conforme as possibilidades das mesmas (em casos que não for possível a inserção de fotos deverá ocorrer a indicação, no campo OBSERVAÇÕES, que as mesmas encontram-se arquivadas na OSC);
- Demais formas de comprovação de efetivo cumprimento das atividades do serviço pactuado pela parceria.

¹ Indicar o Nome da OSC
² Selecionar o tipo de programa a que se refere o relatório
³ Indicar tipo do Termo de parceria firmado
⁴ Indicar número e ano do Termo
⁵ Indicar mês e ano de competência do Serviço a que se refere o relatório
⁶ Indicar o Local de execução do Serviço de acordo com o Plano de Trabalho da parceria
⁷ Descrever o objeto do Serviço de acordo com o Plano de trabalho da parceria
⁸ Indicar o público alvo do Serviço de acordo com o Plano de Trabalho da parceria
⁹ Indicar ao lado mês e ano de competência a que se refere o relatório
¹⁰ Indicar a quantidade programada citada no Plano de trabalho da parceria
¹¹ Indicar a quantidade real de atendidos no mês que se refere o relatório



Anexo**ATIVIDADES REALIZADAS: Idosos e Idosas atendidos no mês de OUTUBRO**

MULHERES				
NOME	D.N.	Admitida	Falecida	Desligada
A. C.	08/11/1915	13/01/2015		
A. G.	25/07/1940	26/09/2014		
A. A. T.	18/03/1957	16/12/2015		
A. B.	07/09/1942	27/09/2010		
A. de L. P.	18/05/1955	16/09/2015		
A. G.	06/09/1937	23/08/1997		
A. M. M.	15/07/1935	27/06/2003		
C. E. de A.	04/12/1947	19/11/2012		
D. M. G. B.	06/10/1936	25/03/2009		
E. V. B.	20/07/1914	26/03/2014		
F. do P. S.	20/09/1942	20/01/2005		
J. G. M.	15/11/1934	30/06/2016		
M. das D. M. B.	17/08/1928	20/08/2009		
M. J. da S.	22/01/1939	25/05/2016		
M. L. da S.	02/11/1932	25/03/2021		
M. L. de Jesus	15/01/1918	05/03/2015		
P. F. F.	23/03/1943	15/05/2012		
S. C. A.	20/09/1951	03/08/2011		
W. F.	19/06/1925	28/03/2016		



Handwritten signature in blue ink.

Handwritten mark or signature in blue ink.

HOMENS				
NOME	D.N.	Admitido	Falecido	Desligado
A. C. D.	09/01/1944	22/02/2010		
A. J. M.	16/09/1938	22/10/2014		
A.P.	17/01/1936	20/10/2014		
B. A. B.	28/01/1951	29/10/2015		
C. R. de O.	05/05/1957	23/04/2021		
J. O. C.	26/08/1953	18/04/2018		
J. E. P. G.	31/12/1949	19/05/1999		
L. A. G.	07/04/1945	02/12/1996		
L. O. S.	02/05/1961	07/01/2010		
O. P.	23/06/1953	01/06/2010		
R. T. C.	25/12/1952	02/05/2018		
W. M.	08/05/1947	25/05/2017		
V. V. de O.	11/04/1957	23/11/2010		

Total: 32 idosos e 63 Colaboradores.



Cronograma de atividades

Horário	Atividades Diárias	Dias da Semana						
		segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
6:00	Despertar livre	X	X	X	X	X	X	X
7:00	Banho	X	X	X	X	X	X	X
7:00 às 13:00	Serviço social	X	X	X	X	X		
7:00 às 15:00	Atividades socioculturais/ Educação física	X	X	X	X	X		
7:00 às 17:00	Nutricionista	X	X	X	X	X		
8:00 às 11:00	Fisioterapia	X	X	X	X	X		
8:00	Café da manhã	X	X	X	X	X	X	X
9:00	Lanche da manhã	X	X	X	X	X	X	X
9:30	Livre/atividades	X	X	X	X	X	X	X
11:00	Almoço	X	X	X	X	X	X	X
12:00	Livre/descanso	X	X	X	X	X		
12:15 às 16:15	Fonoaudióloga	X	X	X	X	X		
13:00 às 16:00	Psicóloga	X	X	X	X	X	X	X
14:00	Lanche da tarde	X	X	X	X	X	X	X
14:20 às 16:00	Visitas da comunidade/atividade livre	X	X	X	X	X	X	X
17:00	Espiritualidade	X	X	X	X	X	X	X
18:00	Jantar	X	X	X	X	X	X	X
19:00	Livre	X	X	X	X	X	X	X
21:00	Ceia	X	X	X	X	X	X	X
22:00	Dormir – livre							

Obs: Atividades suspensas durante a pandemia: visitas presenciais da comunidade/familiares e espiritualidade em grupo/capela.





