Anexo II

*\*utilizar o papel timbrado da instituição, não utilizar o timbre do CMDPI*

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

I – ENTIDADE:

Nome da entidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome fantasia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|

Número do CNPJ: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|

Data da fundação:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Telefone complementar: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|-|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

II – FINALIDADES ESTATUTÁRIAS:

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

III – IDENTIFICAÇÃO DOS PROGRAMAS, PROJETOS E SERVIÇOS DESENVOLVIDOS:

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

IV – INFORMAÇÕES SOBRE O ESTATUTO – OBSERVAR E ASSINALAR SE NO ESTATUTO DISPÕE SOBRE:

01. “Aplica suas rendas, seus recursos e eventual resultado operacional integralmente no território nacional, na manutenção e no desenvolvimento de seus objetivos institucionais”.

|\_\_| consta no art.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |\_\_| não consta

02. “Não distribui resultados, dividendos, bonificações ou parcela de seu patrimônio sob nenhuma forma”.

|\_\_| consta no art.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |\_\_| não consta

03. “Não percebam os seus diretores, conselheiros, associados, instituidores, benfeitores ou equivalentes, remuneração, vantagens ou benefícios direta ou indiretamente, por qualquer forma ou título em razão das competências, funções ou atividades que lhes sejam atribuídas pelos respectivos atos

constitutivos”.

|\_\_| consta no art.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |\_\_| não consta

04. “Em caso de dissolução ou extinção, destina o eventual patrimônio remanescente a entidades com atividades congêneres”.

|\_\_| consta no art.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |\_\_| não consta

V – IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DA DIRETORIA:

Mandato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presidente/sócio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vice-presidente/sócio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tesoureiro/sócio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VI – RELAÇÃO DE ESTABELECIMENTO(S) MANTIDO(S):

|  |  |
| --- | --- |
| 1 - NOME: | |
| UF: | CNPJ: |
| ENDEREÇO: | |

.

|  |  |
| --- | --- |
| 2 - NOME: | |
| UF: | CNPJ: |
| ENDEREÇO: | |

VII – DADOS QUANTITATIVOS:

1. Capacidade de atendimento pela Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.1. Nº de idosos atendidos/residentes:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.2. Nº de idosos do sexo feminino:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.3. Nº de idosos do sexo masculino:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Grau de Dependência do Idoso, conforme definição na Resolução RDC nº 502/2021 – Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária:

2.1. Nº de idosos com Grau Dependência I (idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.2. Nº de idosos com Grau Dependência II (idosos com dependência em até três atividades de autocuidado, como alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.3. Nº de idosos com Grau Dependência III (idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Arapiraca/AL, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Responsável Legal pela entidade