



EDITAL DE INSCRIÇÃO Nº 001/2023
CONSELHO MUNICIPAL DA PESSOA IDOSA

O CONSELHO MUNICIPAL DA PESSOA IDOSA – CMPI, de Bom Retiro do Sul, no uso das atribuições legais, torna público que está aberto o período de inscrição para as entidades governamentais e/ou não governamentais, com ou sem fins lucrativos, que desejarem se inscrever neste Conselho.

Para fins de distribuição de recursos providos do Fundo Municipal da Pessoa Idosa, se faz obrigatória a inscrição no Conselho Municipal da Pessoa Idosa e apresentação a este Conselho de projeto voltado para o desenvolvimento de ações voltadas ao público idoso.

1. DOCUMENTAÇÃO

Para formalizar o pedido de inscrição junto ao Conselho Municipal da Pessoa Idosa, as Entidades deverão apresentar os seguintes documentos:

I – Requerimento de Registro fornecido pelo Conselho Municipal da Pessoa Idosa, conforme Anexo I devidamente preenchido, datado e assinado pelo Representante Legal da Entidade;

II – Cópia do alvará de funcionamento, devidamente atualizado, ou ainda, protocolo do mesmo;

III – Cópia do documento de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, devidamente atualizado;

IV – Laudo da Vigilância Sanitária, expedido pela Secretaria Municipal de Saúde do Município, devidamente atualizado;

V – Laudo de Vistoria do Corpo de Bombeiros;

VI – Formulário de Registro que disponibiliza as informações sobre a Entidade, fornecido pelo Conselho, conforme Anexo II, devidamente preenchido, datado e assinado pelo Representante Legal da Entidade, que deverá rubricar todas as folhas;

VII – Cópia da Ata de Eleição e Posse da atual Diretoria;

VIII – Cópia do Estatuto Social atualizado.

2. ENCAMINHAMENTO

A documentação deverá ser entregue ao Conselho Municipal da Pessoa Idosa de Bom Retiro do Sul, com o secretário do Conselho, situado na Prefeitura Municipal de Bom Retiro do Sul, ou através do e-mail: cmi.bomretirodosul@gmail.com

Não será recebida documentação incompleta, em hipótese alguma, objetivando agilidade na análise, emissão de parecer e conclusão do processo, para a concessão do Registro.

A deliberação sobre emitir o Registro de Entidade ocorrerá em reunião do Conselho Municipal da Pessoa Idosa, sendo que em primeira chamada com pelo menos 50% de presença dos conselheiros e segunda chamada com os conselheiros presentes.

O Conselho Municipal da Pessoa Idosa poderá efetuar visitas às Entidades a fim de verificar as condições de sua estrutura física, bem como funcionamento geral das atividades voltadas ao atendimento e a atuação junto à pessoa idosa, conforme disposto no Estatuto do Idoso.

Os pedidos de inscrição de programas, projetos e serviços se darão mediante publicação de Edital para esta finalidade.

3. PERÍODO

O período de entrega da documentação será de 11 de outubro de 2023 até 23 de outubro de 2023.

4. VALIDADE DO REGISTRO DE INSCRIÇÃO

O Registro de Inscrição no Conselho Municipal da Pessoa Idosa terá validade até o mês de abril de 2024.

CONSELHO MUNICIPAL DA PESSOA IDOSA DE BOM RETIRO DO SUL

ANEXO I

REQUERIMENTO DE REGISTRO ENTIDADES GOVERNAMENTAIS E NÃO GOVERNAMENTAIS

() Registro de Entidade.

Eu, _____, representante legal da _____ (nome da instituição) situada na _____, bairro _____, município de _____, portador(a) do RG nº _____ e CPF sob o nº _____, venho REQUERER a Vossa Senhoria, o Registro da Entidade, com base na Lei Federal n.º 10.741, de 1º de Outubro de 2003 - Estatuto do Idoso, em seu art. 48, parágrafo único, para o exame e julgamento do pleito.

Declaro estar ciente das normas e exigências fixadas por este Conselho, conforme a Resolução nº 001/2021.

Bom Retiro do Sul, ____/____/____.

Assinatura do Presidente da Entidade

CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO DE BOM RETIRO DO SUL

ANEXO II

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE ENTIDADES

Entidade Não Governamental Entidade Governamental

Informações sobre a entidade

1. Razão Social:
2. Nome Fantasia:
3. Data Fundação:
4. Nº CNPJ:
5. Endereço:
6. Bairro:
7. Cidade:
8. CEP:
9. Telefone:
10. E-mail:
11. Alvará de licenciamento sanitário:
 sim – n.º _____ não;
12. Alvará de licenciamento emitido pelo Corpo de Bombeiros:
 sim – n.º _____ não;
13. Natureza Jurídica: filantrópica privada pública mista
14. Dados do Responsável: proprietário diretor administrador
 - 14.1 Nome:
 - 14.2 RG:
 - 14.3 CPF:
 - 14.4 Grau de escolaridade: Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior;
15. Total de idosos atendidos:
16. Área(s) de atuação: (se for o caso, marque mais de uma opção)
 Habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência
 Promoção da integração no mercado de trabalho e/ou sociedade
 Orientação e apoio sociofamiliar
 Acolhimento Institucional
 Outros (especifique):
17. Atividades desenvolvidas:

18. Profissionais que trabalham na instituição (ex. Enfermeiro, Médico, Assistente Social, Psicólogo, Fisioterapeuta, etc.) e carga horária semanal – relacionar:

Nome completo:

Assinatura:

Data do Preenchimento: