DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA CONCESSÃO

REGISTRO/RENOVAÇÃO

PROJETOS DE

ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Ofício *(anexo I)* em papel timbrado da instituição solicitando registro/renovação do(s) projeto(s) a ser(em) inscrito(s), declarando estar em consonância com a Lei Federal nº 10.741/2003 - Estatuto do Idoso (Título IV, Cap. I), com assinatura do representante legal e carimbo com CNPJ; |
| 2 | CNPJ atualizado – Site: [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br) |
| 3 | Estatuto Social atualizado (cópia simples). |
| 4 | Ata de Eleição da Diretoria atualizada (cópia simples). |
| 5 | Projeto *(anexo II)* 1. Breve histórico da instituição;
2. Resumo do projeto:
	1. Área de atuação (defesa de direitos, saúde, pesquisa, educação ou outros);
	2. Descrição detalhada das atividades desempenhadas;
	3. Entidade onde o projeto é realizado;
	4. Período de realização;
	5. Objetivos;
	6. Alcance (média de quantidade de atendidos mensal);
	7. Resultados esperados/obtidos.
 |

Observações:

🡺 Projeto deverá ser realizado no Município de São Paulo;

 🡺 O público atendido deverá caracterizar-se por:

A. Projeto intergeracional, mínimo de 50% de pessoas idosas;

B. Outros projetos, mínimo de 80% de pessoas idosas.

 🡺 A renovação de registro no CMI/SP deverá ocorrer 30 dias antes de expirar a validade.

 🡺 Conforme Resolução nº 12/GCMI/2019, somente será protocolada a lista completa de documentação.

*Modelo (anexo I)*

*Papel timbrado da instituição*

***OFÍCIO PARA REGISTRO/RENOVAÇÃO NO CMI/SP***

 *São Paulo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.*

Eu, *\_\_(Representante Legal da Instituição)*\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins de registro/renovação no CMI/SP, que *\_\_\_(Nome da Instituição*, conforme CNPJ)\_\_ está em consonância com a Lei Federal nº 10.741/2003 - Estatuto do Idoso (Título IV, Cap. I, II e III).

**Organização:** *(nome da instituição)*

CNPJ: Registro CMI:

Endereço:

Bairro: CEP:

Fone: Cel:

Site: E-mail:

**Projeto**

Nome do Projeto:

Endereço:

Bairro:

Fone:

Nº total de atendidos:

Nº de pessoas idosas atendidas:

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#  Assinatura do responsável legal Carimbo com CNPJ

#

*Modelo (anexo Ii)*

*Papel timbrado da instituição*

***projeto detalhado***

1. Breve histórico da instituição
2. RESUMO DO PROJETO

a. Área de atuação:

( ) Defesa de Direitos

( ) Saúde

( ) Pesquisa

( ) Educação

( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 b. Recursos Financeiros

( ) Fundo Municipal do Idoso – FMID/SP

( ) Fundo Estadual Idoso – CEI/SP

( ) Emenda Parlamentar

( ) Recursos Próprios (Doações Diretas, Patrocínios, Financiamentos Coletivos...)

( ) Outros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c. Descrição detalhada das atividades desempenhadas:

d. Local onde o projeto é realizado:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Local | Endereço |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |

e. Período de realização

Início: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Término: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

( ) Indeterminado

f. Objetivos do projeto:

g. Alcance:

Média mensal de pessoas atendidas:

Média mensal de pessoas idosas atendidas:

g. Resultados esperados/obtidos: