

CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO

RESOLUÇÃO 060/2017

Revoga as instruções anteriores e dispõe sobre o registro de entidades não governamentais de atendimento de idosos; inscrição de serviços e programas de entidades governamentais e registro de entidades privadas.

O CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO DE PORTO ALEGRE, no uso de suas atribuições legais, nos termos da Lei nº 444 de 30 de março de 2000, da Lei nº 10.741 de 01 de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso) e por maioria absoluta de seus membros,

RESOLVE:

Dispor sobre critérios e procedimentos para a realização do registro, junto ao COMUI, das entidades não governamentais, de atendimento direto ou indireto; da inscrição de serviços e programas de entidades governamentais e de entidades privadas.

SEÇÃO I – DO REGISTRO DAS ENTIDADES NÃO-GOVERNAMENTAIS

Art. 1º - A concessão do registro de entidades não governamentais, no Conselho Municipal do Idoso – COMUI obedecerá ao disposto nesta Resolução.

Art. 2º - Poderão obter registro no COMUI entidades não-governamentais ou comunitárias, com atendimento direto ou indireto, que contemple em seu estatuto a promoção e a defesa dos direitos dos idosos, com atuação no Município de Porto Alegre, com funcionamento efetivo de no mínimo dois (2) anos.

Parágrafo 1º - Considera-se entidade de atendimento direto, todas aquelas que executam serviços, programas e projetos diretamente com idosos.

Parágrafo 2º - Considera-se entidade de atendimento indireto todas aquelas que desenvolvem assessoramento na promoção, proteção e defesa dos direitos dos idosos, bem como a realização de estudos e pesquisas para este fim.

Art. 3º - São documentos necessários para registro:

I - Requerimento da entidade solicitando o registro, em papel timbrado ou carimbo, onde conste endereço completo, telefone, CNPJ, E-mail, assinado pelo representante legal (ANEXO 1);

II - Ficha de registro fornecida pelo COMUI, preenchida, datada e assinada pelo representante legal da entidade, que deverá rubricar todas as folhas (ANEXO 2);

III - Cópia do Estatuto registrado no Cartório de Registros Especiais, onde conste a vocação estatutária para atividades com idosos, com todas as folhas autenticadas. Caso houver alterações posteriores, encaminhar, após registro em cartório, cópia para o COMUI.

IV - Atestado que a entidade está em pleno e regular funcionamento, cumprindo suas finalidades estatutárias, fornecido por órgão da Prefeitura de Porto Alegre;

V - Ata da eleição e de posse ou documento comprobatório do mandato da diretoria em exercício, averbada em Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;

- VI - Cópia atualizada do documento de inscrição no CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas) emitida pelo Ministério da Fazenda;
- VII - Relatório e comprovação de atividades desenvolvidas no ano anterior, assinado por representante legal da entidade em que descrevam, quantifiquem e qualifiquem as ações desenvolvidas com idosos;
- VIII - Plano de trabalho a ser desenvolvido para o exercício em curso;
- IX - Certidão Geral de Débitos Municipais (IPTU) ou documento comprobatório de autorização de uso ou cedência de espaço físico para entidades ou grupos que não possuam sede própria;
- X - Alvará de Saúde para entidades que prestam serviços de saúde, incluídas as Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI
- XI - O Conselho Municipal do Idoso não receberá documentação incompleta no momento da protocolização;
- XII - Certidão geral de débitos relativos aos tributos federais e a dívida ativa da união;
- XIII - Certificado de regularidade do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço;
- XIV - Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;
- XV - Declarações, firmadas pelo representante legal, conforme modelos anexos a esta resolução;
- XVI - Relação nominal atualizada dos dirigentes da entidade, com endereço, número e órgão expedidor de identidade e número de registro no Cadastro de Pessoas Físicas da Secretaria da Receita Federal, de cada um deles.

Durante a análise da documentação, a Câmara de Registros fará visita a entidade para confirmação dos dados apresentados.

Art. 4º - Será dado um prazo de até 60 dias para complementação da documentação, ou outra medida que cabe ao requerente providenciar. Após este prazo será indeferido o pedido de registro.

SEÇÃO II – DO REGISTRO DAS ENTIDADES GOVERNAMENTAIS

Art. 5º - As Entidades Governamentais deverão inscrever programas e/ou serviços desenvolvidos com os idosos do Município Porto Alegre.

Art. 6º - São documentos necessários para registro:

- I - Requerimento solicitando a Inscrição do programa, e/ou serviço encaminhado pelo responsável da pasta;
- II - Cópia da Legislação de criação da Entidade Governamental, no Município;
- III - Nominata dos seus gestores responsáveis pela pasta, com identificação: telefone e email;
- IV - Formulário, constante no site do COMUI, preenchido para inscrição de cada programa e/ou serviço (ANEXO 3);
- V - Plano de trabalho de cada programa e/ou serviço a ser inscrito de acordo com o Estatuto do Idoso, legislação vigente e Plano Municipal da Pessoa Idosa de Porto Alegre.

SEÇÃO III – DAS ENTIDADES PRIVADAS

Art. 7º - As entidades privadas, com fins lucrativos, que realizam trabalho com idosos, de acordo com o Estatuto do Idoso e legislação vigente, deverão solicitar seu registro no COMUI.

Art. 8º - São documentos necessários para registro:

- I - Requerimento solicitando registro assinado pelo representante legal;
- II - Preenchimento de formulário fornecido pelo COMUI;
- III - Cópia do Contrato Social ou Requerimento de Firma individual;
- IV - Cópia do RG e CPF do representante legal;
- V - Portfólio da entidade com relato das atividades realizadas com idosos nos últimos dois anos.

SEÇÃO IV – MODALIDADES DE ATENDIMENTOS

Art. 9º - Conforme a Portaria nº 2.874, de 30 de agosto de 2000 (SEAS/MPAS), que define as modalidades de atendimento à pessoa idosa e estabelece as condições de funcionamento das instituições e dos programas de atenção ao idoso, o Conselho Municipal do idoso dota como atendimento a seguintes tipificações:

I - Centro dia

Espaço destinado à reabilitação de idosos que convivem com seus familiares, mas não dispõem de atendimento no domicílio para a realização das atividades da vida diária. O idoso permanece no Centro-Dia oito (8) horas por dia, período em que lhe são prestados serviços de saúde, fisioterapia, apoio psicológico, social e atividades ocupacionais de lazer.

II - Centro de Convivência

Voltado para idosos e seus parentes, que participam de atividades com duração de, no mínimo, 16 horas semanais. Nesta modalidade, são desenvolvidas ações de atenção ao idoso, de forma a elevar a qualidade de vida, promover a participação, a convivência social, a cidadania e a integração entre gerações.

III - Casa-Lar

É uma alternativa de residência para pequenos grupos de idosos, principalmente os que apresentam algum tipo de dependência. Conta com mobília adequada e pessoa habilitada para ajudar nas necessidades diárias do idoso.

IV - Família Acolhedora

Programa que oferece condições para que o idoso, em situação de abandono ou impossibilitado de conviver com a família, receba abrigo, atenção e cuidados de uma família cadastrada e capacitada para prestar esse atendimento.

V - Atendimento Domiciliar

Atendimento prestado no domicílio da pessoa idosa com algum nível de dependência, por cuidadores de idoso em, pelo menos, duas visitas semanais.

VI - Atendimento em Grupos de Convivência

Consiste em atividades diversas (recreativas, laborais, artísticas, etc), desenvolvidas com idosos independentes, em espaços físicos disponíveis na comunidade, mediante frequência regular mínima de seis horas semanais.

VII - Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)

São instituições que se enquadram na modalidade de atendimento integral ao idoso em situação de abandono ou impossibilitado de conviver com a família. Podem receber diversas denominações (abrigo, asilo, lar e casa de repouso) e prestam atendimento sob regime de internato, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado.

VIII - República

É uma alternativa de residência para os idosos independentes, organizados em grupos. É co-financiada com recursos dos residentes, provenientes da aposentadoria, do benefício de prestação continuada, da renda mensal vitalícia e de outros benefícios.

IX - Atendimento Integral Institucional

Atendimento 24 horas prestado ao idoso em situação de abandono ou impossibilitado de conviver com a família. É feito por instituições acolhedoras, como abrigos, lares e casas de repouso.

SEÇÃO V - DOS PRAZOS

Art. 10º - A análise da documentação entregue ao COMUI ocorrerá por ordem de recebimento, considerando a entrada no protocolo setorial.

Art. 11 - O prazo de tramitação do processo de registro da entidade será de até 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de recebimento, pela Câmara de Registro.

Art. 12 - É de responsabilidade do COMUI, avaliar o registro das entidades e sua renovação a cada 4 (quatro) anos.

Art. 13 - Não poderão inscrever-se entidades não governamentais, governamentais e privadas

com menos de 02 (dois) anos de comprovada atividade.

Art. 14 - Revogam-se as disposições contrárias.

Art. 15 - Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação no Diário Oficial de Porto Alegre.

Sessão Plenária nº 37/2017 do COMUI, 10 de Outubro de 2017.

ELISIANE SILVA DE ALBUQUERQUE, Presidente em exercício do COMUI

ANEXO 1

Ilmo(a) Sr (a)
Presidente do Conselho Municipal do Idoso de Porto Alegre
N/Capital

Eu _____ responsável legal pela
(nome responsável legal)
_____ a seguir denominada
(nome da OSC)

OSC – Organização da Sociedade Civil, venho requerer, neste Conselho Municipal do Idoso, análise de documentos em anexo para registro nesse Conselho, conforme Estatuto de Idoso Artigo 48, parágrafo único, Lei Municipal vigente e Resolução COMUI 060/2017, estando de acordo com a modalidade(s) de atendimento:

- () Atendimento direto
- () Atendimento indireto

(responsável legal)

ANEXO 2

FICHA DE CADASTRO DE ENTIDADES NO CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO-COMUI

1) Identificação da Instituição

Nome da Instituição: _____

Nome Fantasia: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP _____

Telefones: _____

E-mail: _____

Site: _____

Data de Fundação: _____ N° Reg. Cartório _____ Data Reg. _____

Situação: _____

2) Representante Legal

Nome: _____

Cargo na Instituição: _____

RG: _____ CPF: _____

Formação: _____

N° do Registro Profissional: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

2.1) Responsável Técnico

Nome: _____

Cargo na Instituição: _____

RG: _____ CPF: _____

Formação: _____

N° do Registro Profissional: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

2.2) Responsável Administrativo

Nome: _____

Cargo na Instituição: _____

RG: _____ CPF: _____

Formação: _____

N° do Registro Profissional: _____

Telefone: _____

E.mail: _____

Caracterização dos Programas e Serviços

Serviços	Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	Eventual	Carga horária	Nº de Idosos
Casa-Lar							
República							
Condomínio							
Centro de Convivência							
Grupo de Convivência							
Oficina Abrigada de Trabalho							
Atendimento Domiciliar							
Plantão Social							
PSF/ UBS							
Assistência Farmacêutica Básica							
Grupos de Educação em Saúde							
Exames Complementares Diagnóstico							
Exames Especializados							

Programa de Proteção e Atenção Social Especial – PPASE

Serviços	Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	Eventual	Carga horária	Nº de Idosos
Atendimento asilar							
Casa-Lar							
Condomínio							
República							
Moradias provisórias para adultos e idosos (albergue e casa de passagem)							
Centro de Cuidados Diurno/ Centro Dia, Hospital-Dia							
Centro de Referência							
Assistência farmacêutica especial							
Apoio Sócio-Familiar ao Idoso							
Atendimento domiciliar							

Programa de Humanização – Acolhimento - PHA

Serviços	Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	Eventual	Carga horária	Nº de Idosos
Caderneta de saúde							
Visitas domiciliares periódicas							
Saúde mental – UBS e CAPS							
Identificação, notificação de violência							
Consultas							
Internação domiciliar							
Cadastramento dos idosos pelo PSF							
Caderneta de saúde							
Visitas domiciliares periódicas							
Saúde mental – UBS e CAPS							
Identificação, notificação de violência							
Consultas							
Internação domiciliar							
Cadastramento dos idosos pelo PSF							

Programa de Prevenção ao Câncer - PPC

Serviços	Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	Eventual	Carga horária	Nº de Idosos
Boca							
Mama							
Útero							
Próstata							
Outros:.....							

Programa de Imunização -PI

Serviços	Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	Eventual	Carga horária	Nº de Idosos
Vacina tétano							
Vacina influenza							
Vacina pneumocócica							

Programa de Assistência em Órteses e Próteses - PAOP

Serviços de Concessões de:	Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	Eventual	Carga	Nº de
-----------------------------------	---------------	----------------	------------------	---------------	-----------------	--------------	--------------

	o	al	al	al	al	horária	Idosos
Próteses dentárias							
Próteses auditivas							
Óculos							
Outras:							
Programa de Saúde da Família - PSF							
Serviços	Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	Eventual	Carga horária	Nº de Idosos
Grupos de educação em saúde							
Grupos de cuidados diários com a cavidade bucal							
Consultas e avaliação, tratamento e colocação de prótese							
Programa de Assistência Suplementar Nutricional –PASN							
Serviços	Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	Eventual	Carga horária	Nº de Idosos
Consultas							
Orientação alimentar							
Concessão de sondas							
Programa de Ações Educativas - PAE							
Serviços	Diário	Semanal	Quinzenal	Mensal	Eventual	Carga horária	Nº de Idosos
Alfabetização							
Educação de jovens e adultos							
Inclusão digital							
Línguas estrangeiras							
Escola aberta							
Outros:							
Programa de Recreação, Esporte e Lazer – PREL							
Caminhadas orientadas							
Jogos adaptados de mesa e de memorização							

Atividades físicas (ginástica, musculação, alongamento, dança, dentre outras)							
Academia de saúde e/ou de rua							
Outros							

Composição dos Recursos Humanos da Entidade

Total de Funcionários: _____

Profissionais de nível superior

Profissionais	Número de profissionais				Quantidade
	Funcionário	Voluntário	Carga Horária		
Administrador					
Médico					
Psicólogo					
Odontólogo					
Assistente Social					
Terap. Ocupacional					
Fonoaudiólogo					
Nutricionista					
Enfermeiro					
Fisioterapeuta					
Professor de Educação Física					
Professor					
Outros					

Profissionais	Número de profissionais				Quantidade
	Funcionário	Voluntário	Cedido	Estagiário	
Técnico em enfermagem					
Auxiliar de enfermagem					
Cuidador					
Recreacionista					
Técnico em nutrição					
Técnico em farmácia					
Outros					

Documentação Referente ao Idoso

Prontuários () Sim () Não

Anexar modelo

Contrato de Prestação de Serviços () Sim () Não

Anexar os contratos

Ficha Cadastral com dados Pessoais e Familiar () Sim () Não

Anexar modelo

Período de atendimento: () Manhã () Tarde () Noite

Nº de pessoas que moram na Instituição: _____ (Se houver abrigagem)

Nº de pessoas beneficiadas diretamente pela Instituição_____ **Indiretamente:**

Vínculo da Entidade com os Conselhos Estaduais:

Vínculo da Entidade com os Conselhos Municipais:

Porto Alegre, _____ de _____ de _____

Assinatura do Representante Legal

ANEXO 3

Descrição dos programas e/ou serviços (Órgão governamental)

Obs.: Preencher para cada programa e/ou serviço

Descrição:
Objetivo geral:
Objetivos Específicos:
Descrição das atividades realizadas pelo programa e/ou serviço
Metodologia:
Recursos materiais: (descrever recursos existentes no local para realização da atividade)
Recursos humanos: (descrever os recursos humanos necessários para realização desta atividade)
Território da abrangência e número de idosos atendidos por região:
Articulação em rede: (como realiza a interface com os demais programas e/ou serviços dos órgãos públicos)
Qual resultado esperado: (metas)
Como será avaliada cada etapa da ação:

ANEXO 4

DECLARAÇÕES NA PÁGINA SEGUINTE:

DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE TÉCNICA E OPERACIONAL

Eu, Nome do Representante Legal, na qualidade de representante legal da entidade Razão Social da Entidade, DECLARO, sob as penas da Lei, que a mesma possui instalações, condições materiais e capacidade técnica e operacional para o desenvolvimento das atividades propostas para a parceria e o cumprimento das metas estabelecidas, nos termos do Artigo 33, Inciso V, Alínea C da Lei Federal nº 13.019, de 2014.

Porto Alegre, Dia de Mês por extenso de Ano.

Assinatura: _____

Nome do presidente ou procurador

Presidente

Nome completo: Nome do Representante Legal

Endereço: Endereço do Representante Legal

RG: RG

CPF: CPF

DECLARAÇÃO DE IDONEIDADE

Eu, Nome do Representante Legal, na qualidade de representante legal da entidade Razão Social da Entidade, DECLARO, sob as penas da Lei, que a mesma não foi declarada INIDONEA para contratar ou conveniar com a Administração Pública, nos termos do inciso IV, do art. 87 da Lei nº 8666/93, bem como comunicarei qualquer fato ou evento superveniente à entrega dos documentos de habilitação, que venha alterar a atual situação quanto à capacidade jurídica, técnica, regularidade fiscal e idoneidade econômico-financeira.

Porto Alegre, Dia de Mês por extenso de Ano.

Assinatura: _____

Nome do presidente ou procurador

Presidente

Nome completo: Nome do Representante Legal

Endereço: Endereço do Representante Legal

RG: RG

CPF: CPF

DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO INC. XXXIII DO ARTIGO 7º
DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

A entidade Razão Social da Entidade, inscrição no CNPJ nº CNPJ da Entidade, por intermédio de seu representante legal, o (a) Sr.(a) Nome do Representante Legal, portador(a) do CPF nº CPF do Representante Legal, DECLARA, para fins de cumprimento ao disposto no inc. XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 (dezesesseis) anos, bem como que comunicará à Administração Municipal qualquer fato ou evento superveniente que altere a atual situação.

* Ressalva: () emprega menor, a partir de 14 (quatorze) anos, na condição de aprendiz.

Porto Alegre, Dia de Mês por extenso de Ano.

Assinatura: _____

Inserir nome do presidente ou procurador

Presidente

*Em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima.

DECLARAÇÃO NEGATIVA DE DOAÇÃO ELEITORAL

Declaro, sob as penas da lei, para os devidos fins, que a Entidade Razão Social da Entidade, CNPJ CNPJ da Entidade, não realizou doação em dinheiro, ou bem estimável em dinheiro, para partido político ou campanha eleitoral de candidato a cargo eletivo, a contar do dia 02 de outubro de 2015.

Porto Alegre, Dia de Mês por extenso de Ano.

Assinatura: _____

Nome do presidente ou procurador

Presidente