



EDITAL 01/2014

EDITAL PARA HABILITAÇÃO À CAPTAÇÃO DE RECURSOS ORIUNDOS DA CONTRIBUIÇÃO DE PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS DEDUTÍVEIS DO IMPOSTO DE RENDA DEVIDO.

O Conselho Municipal do Idoso de Santa Maria, RS (COMID), nos termos do **Parágrafo 1º, do Artigo 5º, Capítulo III, da Resolução nº 03/2012**, torna público, a abertura de captação de recursos oriundos da contribuição de pessoas físicas e jurídicas dedutíveis do Imposto de Renda devido.

1. OBJETIVO GERAL:

Habilitar as Entidades governamentais e não governamentais sem fins lucrativos, para captação de recursos oriundos da contribuição de pessoas físicas e jurídicas, dedutíveis do Imposto de Renda devido, nos termos da Lei nº 9.250 de 26/12/1995 e da Lei nº 12.213 de 20/01/2010.

2. OBJETIVO ESPECÍFICO:

Desenvolver projetos em consonância com a legislação vigente.

3. PÚBLICO ALVO:

Pessoa idosa com 60 (sessenta) anos ou mais.

4. REQUISITOS NECESSÁRIOS:

- A Instituição estar com registro regularizado no COMID;
- A Instituição deverá ter no mínimo 2 (dois) anos de atividade comprovada;
- A Instituição deverá ter um responsável técnico na área do Projeto, devidamente registrado no seu Conselho profissional;
- Encaminhar requerimento (modelo anexo) solicitando o Certificado de Autorização para Captação de Recursos Financeiros;
- Apresentar os documentos a seguir:
 - Projeto e Plano de Aplicação dos recursos conforme o modelo em anexo neste edital, estando todas as páginas numeradas, rubricadas e a última, carimbada e assinada pelo representante legal da entidade;
 - Cópia das Certidões de filantropia Municipal, Estadual e Federal;
 - Comprovante de endereço (alvará de localização, conta de água, telefone, energia elétrica, etc.);
 - Cartão de Inscrição no Ministério da Fazenda;
 - Cópia da Ata de Posse da Diretoria (registrada em Cartório);
 - Cópia do Estatuto social (se houve alteração em 2013);
 - Relação nominal dos idosos, com número da CI ou CPF, beneficiários do projeto;



Obs.: A falsidade ou incorreção de informações em qualquer documento apresentado acarretará a imediata denuncia do Termo de Convênio e responsabilização de seus dirigentes.

5. AVALIAÇÃO DOS PROJETOS:

Os projetos serão avaliados pela Comissão de Avaliação e Monitoramento de Projetos (Art. 10 da Res. Nº 03/2012).

Para tanto, serão fundamentais para aprovação dos projetos:

- obediência aos prazos de cada etapa;
- conformidade com os princípios basilares do Estatuto do Idoso;
- foco, diretrizes, objetivos, usuários e estratégias de atendimento;
- mérito e relevância.

6. CRONOGRAMA

a. Prazos:

ETAPA	DATAS	HORÁRIOS
Entrega e Protocolo do Projeto no COMID *	14/08/2014 a 28/082014	Segunda à sexta-feira das 14hs às 17 hs
Esclarecimentos sobre o Edital - no COMID *	14/08/2014 a 28/082014	Segunda à sexta-feira das 14hs às 17 hs
Análise e julgamento	03/09/2014	
Devolução dos projetos p/ ajustes	04/09/2014	
Aprovação dos projetos	10/09/2014	14hs
Comunicação às Entidades e encaminhamento dos projetos para conveniamento	11/09/2014	

* **COMID** – Casa dos Conselhos, rua Mariano da Rocha nº133, Centro, fone (55)3921 7267, Santa Maria-RS.

b. Habilitação

Após a análise pela Comissão de Avaliação e Monitoramento de Projetos do COMID, nos termos do Art. 10º da Resolução 03/2012 do COMID, as Instituições serão habilitadas e expedidos os Certificados de Autorização para Captação de Recursos Financeiros, com validade de 12 (doze) meses.

7. CAPTAÇÃO, LIBERAÇÃO E APLICAÇÃO DOS RECURSOS:

- obedecerão ao que prescreve o Artigo 8º da Resolução 03/2012 do COMID;
- os recursos arrecadados através doações deverão ser depositados pelo doador (pessoa física ou jurídica) em uma das contas do FUMID: Banco do



Brasil, Agencia 0126-0, CC 69.242-5; BANRISUL, Agencia 0350, CC 04.139628.0-5;

- a Instituição captadora dos recursos encaminhará para o COMID, cópia dos comprovantes de depósito e a Ficha de Cadastro do doador (modelo anexo) preenchida;
- após a emissão dos Recibos pelo COMID e somado o valor captado por cada Instituição no ano fiscal de 2014, serão comunicadas às Instituições para adequar seus projetos e planos de aplicação conforme os valores arrecadados;
- após a análise e aprovação de cada projeto, serão firmados os convênios para aplicação dos recursos;
- nenhuma aplicação de valores oriundos do FUMID poderá iniciar sem o respectivo depósito em conta da Instituição.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

A Instituição que tiver seu convenio denunciado ou rescindido, perderá o direito aos recursos.

Os recursos que não forem identificados ou vinculados serão motivos de outro edital.

O Projeto e Plano de Aplicação deverão ser em papel timbrado da Instituição e encaminhada cópia digitalizada para o COMID, (comidsm@hotmail.com).

O presente edital obedece aos critérios estabelecidos pela Resolução nº 03/2012 do COMID.

Santa Maria, 13 de agosto de 2014.

DALILA FAGUNDES
Presidente do Núcleo de Coordenação do COMID



(Modelo de requerimento)

Senhora Presidente do Conselho Municipal do Idoso de Santa Maria, RS.

A, registrada neste Conselho sob nº, vem requerer o Certificado de Autorização para Captação de Recursos Financeiros, nos termos do Edital nº 01/2013, encaminhando os documentos anexo.
(listar os documentos)

Nestes termos
Pede deferimento.

Santa Maria, dede 201.....

Presidente da Instituição



(Modelo)

Ficha de Cadastro do Doador

Valor doado: R\$

Nome/Razão Social:.....

CPF/CNPJ:

Endereço: (logradouro).....nº...../.....

Bairro, cidade de

Fone: (....) Celular: (....)

Instituição beneficiada:.....



(Roteiro do Projeto)

Título do Projeto

Instituição proponente	Referente ao Edital nº 01/2014
-------------------------------	---

PROJETO

1. Identificação

Nome do projeto:	
Razão Social:	
Nome Fantasia:	
CNPJ:	
Endereço:	
Telefone/Fax:	
Conta Bancária Específica:	
Responsável pela Instituição:	



CPF:	
RG:	
Responsável técnico pelo projeto:	
CPF:	
RG:	
Endereço eletrônico:	
Página da Internet:	

2. Montante solicitado ao Conselho Municipal do Idoso:

Custo total do Projeto	Montante solicitado ao COMID	Contrapartida oferecida
R\$	R\$	R\$

Forma de Aporte da Contrapartida

Contrapartida oferecida	Financeiro	Bens e Serviços Economicamente Mensuráveis
R\$	R\$	R\$



3. Considerações gerais sobre a Instituição Proponente

4. Justificativa

5. Objetivos

a. Objetivo geral:

b. Objetivos específicos:

6. Metas e resultados esperados

Descrever

Número previsto de beneficiários diretos:

	Mês 1	Mês 2	Mês 3									
Nºde atendimentos												

7. Metodologia

8. Duração do Projeto

9. Impacto a curto e médio prazo

Impacto de ordem	Prazo	
	Curto	Médio
- Estrutural		
- Institucional		



- Social		
----------	--	--

10. Sustentabilidade do projeto (após término do projeto como será mantido pela instituição)

11. Detalhamento dos custos:

Itens a serem financiados pelo Concedente

Metas e Etapas	Especificações	Quant.	Valor Total (R\$)
Valor Total			

Itens a serem financiados pelo Proponente (Contrapartida)

<i>Metas e Etapas</i>	Especificações	Quant.	Valor Total (R\$)
Valor Total			

12. Informações sobre a população beneficiada pelo projeto no município:



13. DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto ao Conselho Municipal do Idoso, que as informações acima são verdadeiras.	
Local e data	_____ Assinatura e carimbo

14. COMISSÃO DE AVALIAÇÃO:

<p>() APROVADO</p> <p>() PENDENTE DE AJUSTES: Descrição abaixo.</p> <p>() NÃO APROVADO – MOTIVOS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Assinatura da Comissão:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>

15. APROVAÇÃO PELO CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO



APROVADO EM ASSEMBLEIA NO DIA ____/____/____

Assinatura do Presidente do COMID

Secretária COMID



(Roteiro do Plano de Aplicação)

Plano de Aplicação - Edital nº 01/2014

Título do Projeto

1. DADOS CADASTRAIS DO PROPONENTE

Órgão/instituição proponente				C.G.C./CNPJ	
Endereço			e- mail:		
Cidade	UF	CEP	(DDD) Telefone/Fax		E.A.
Conta corrente	Banco (nome e nº)		Agência (nome e nº)		Praça de pagamento
Nome do responsável pela instituição				C.P.F.	
R.G. /Órgão expedidor.	Cargo		Função		Termo de Posse
Endereço completo			CEP	(DDD) Tel./Fax	

2. DESCRIÇÃO DO PROJETO

Título do projeto:	Período da execução * ___ meses
---------------------------	---



	Início D A C	Término ___ meses DAC
Identificação do objeto		
Justificativa da proposição		
Público a ser atendido e Meta prevista **		

3. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (meta, etapa e fase)

Meta	Etapa /fase	Especificação	Indicador físico		Valor R\$	Duração	
			Unidade	Qtd		Início	Término



4. PLANO DE APLICAÇÃO (R\$ 1,00)

Natureza da despesa		Total	Proponente	Concedente
Código	Especificação	R\$	R\$	R\$
Total Geral				

5. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 1,00)

Concedente:

Meta	Cat.Econ.	Mês 1	Mês 2	Mês 3			

Total: R\$

Proponente (Contrapartida):

Meta	Cat.Econ.	Mês 1	Mês 2	Mês 3			

Total: R\$



6. DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto ao Conselho Municipal do Idoso, que as informações acima são verdadeiras.	
Local e data	_____ Assinatura e carimbo

7. COMISSÃO DE AVALIAÇÃO:

<input type="checkbox"/> APROVADO
<input type="checkbox"/> PENDENTE DE AJUSTES: Descrição abaixo.
<input type="checkbox"/> NÃO APROVADO – MOTIVOS:

Assinatura da Comissão:

8. APROVAÇÃO PELO CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO



APROVADO EM ASSEMBLEIA NO DIA ____/____/____

Assinatura do Presidente do COMID

Secretária COMID