

 **Conselho Municipal de Políticas Integradas Sobre Drogas - COMPID**

Rua Halfeld, n°450, Centro, Juiz de Fora – MG. CEP.: 36010-000

Contato: (32) 3690-8398 / E-mail: compid@pjf.mg.gov.br

**Requerimento de Inscrição de Entidade ou Organização que prestam serviços de prevenção, reinserção social e atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas**

Senhor(a) Presidente (a) do Conselho Municipal de Políticas Integradas sobre Drogas – COMPID, a entidade abaixo, qualificada por seu representante legal infra-assinado, vem requerer sua inscrição neste Conselho.

**A - DADOS DA ENTIDADE:**

Nome da Entidade:

CNPJ: Data de inscrição no CNPJ:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: nº:

 Bairro: Município:

UF: CEP: Telefone:

FAX: E-mail:

Atividade Principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Inscrição em outros Conselhos:** ( ) Sim ( ) Não (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Síntese dos serviços, programas, projetos e benefícios realizados no município (descrever todos):

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

Relação de todos os estabelecimentos da entidade (CNPJ e endereço completo):

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

**1**

**B - DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL:**

Nome:

Endereço: Bairro:

Município: UF: CEP:

 Telefone: Celular:

E-mail:

RG: CPF: Data nasc:\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Escolaridade:

Período do Mandato:

**C – RESPONSÁVEL TÉCNICO E RESPONSÁVEL SUBSTITUTO** (quando for o caso)

Nome:

Endereço: Bairro:

Município: UF: CEP:

 Telefone: Celular:

E-mail:

RG: CPF: Data nasc:\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Formação profissional: Nº do Registro:

**RESPONSÁVEL SUBSTITUTO**

Nome:

Endereço: Bairro:

Município: UF: CEP:

 Telefone: Celular:

E-mail:

RG: CPF: Data nasc:\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Formação profissional: Nº do Registro:

**2**

**D – CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO**

Tipo de usuários: ( ) Feminina ( ) Masculina ( ) Mista

Faixa Etária: ( ) 12 a 17 anos, 11 meses e 29 dias ( ) Maiores de 18 anos. ( ) Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Tipo de Atendimento: ( ) Prevenção ( ) Cuidado ( ) Geração de Renda ( ) Acolhimento

**E - RECURSOS HUMANOS**

**Equipe Técnica**

| Cargo | Qualificação | Nº Registro Profissional (quando for o caso) | Vínculo  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**F - Informações adicionais**

Para tanto segue anexo documentos exigidos pela Resolução **06 / 2022 do COMPID.**

Termos em que,

Pede deferimento.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_\_.

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

Assinatura do representante legal da entidade

3

Recebi o presente requerimento, instruído com os seguintes documentos legais exigidos:

( ) Estatuto /Contrato Social (em caso de Fundações, Atos Constitutivos e Estatutos, aprovado pela promotoria);

( ) Ata da eleição e de posse da atual diretoria registrada em cartório de registro civil;

( ) Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ atualizado (nos últimos três meses);

( ) Relatório de Atividades, referente ao último ano (s contendo descrição e quantificação dos trabalhos, inclusive dos atendimentos prestados ao SUS, aos particulares, aos convênios e gratuitos ), datado e assinado pelo representante legal;

( ) Plano de Trabalho da Entidade ou da Organização (do ano em curso);

( ) Proposta de Plano Individual de Atendimento aos usuários, e/ou Proposta de Projetos Terapêuticos;

( ) Balanço patrimonial do último exercício, assinado pelo representante legal da entidade e por Técnico registrado no Conselho Regional de Contabilidade – CRC/MG;

( ) Declaração, fornecida pelo Contador, sobre prestação de serviço decorrente de convênio firmado com o SUS (quando for o caso);

( ) Contrato e declaração, fornecida pelo Responsável da instituição, de que a entidade oferece e presta efetivamente, percentual de atendimento, decorrente de convênio firmado com o SUS e/ou outros órgãos públicos, igual ao percentual exigido (em normativas específicas) do total de sua capacidade, quando for o caso;

( ) Cópia do Atestado de Registro e do Certificado de Filantropia, junto ao Conselho Nacional de Assistência Social, quando for o caso;

( ) Alvará sanitário e de localização expedidos pelo poder Público Municipal;

( ) Certidão Negativa de débito Federal (INSS);

( ) Certidão Negativa de débito Receita Estadual;

( ) Certidão Negativa de débito FGTS;

( ) Certidão Negativa de débito Trabalhista;

( ) Certidão Negativa Débitos Municipal.

Juiz de Fora-MG, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

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

 Secretário(a) Executiva(o) do COMPID 4