

## RESOLUÇÃO 002/2024/CONEDE/SETASC

Dispõe sobre normas para o Cadastramento/Recadastramento das Instituições das Organizações da Sociedade Civil- CIOSC-PCD, que defendem e protegem as pessoas com deficiência no CONEDE-MT.

O CONSELHO ESTADUAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA- CONEDE/MT, criado pela Lei , nº 8.534, de 31 de Julho de 2006, no uso de suas atribuições legais,

Considerando a Lei. 8.534/2006, em seu artigo 2º, item XII, que dispõe que dentre as competências do CONEDE-MT, deverá manter o cadastro permanente e atualizado das instituições voltadas a defesa e proteção da Pessoa com Deficiência.

Considerando que as Organizações da Sociedade Civil são instituições que atendem, sem fins lucrativos, que objetivam cooperar com o Estado no atendimento ao interesse público, visando produzir transformações mediante a defesa de direitos da pessoa com deficiência, combate à exclusão social, e sobretudo no atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade Social.

Considerando as deliberações em Reunião Ordinária, realizada no dia 08/05/2024, pelo CONEDE-MT,

## RESOLVE:

Art. 1º. Instituir no âmbito do Estado de Mato Grosso cadastro e recadastramento de Instituições da Sociedade Civil que atuam na defesa de direitos e proteção das pessoas com deficiência.

Parágrafo único. É facultada às Instituições da Sociedade Civil requererem seu cadastramento e recadastramento junto ao CONEDE/MT.

Art. 2º. O processo de Cadastramento ou Recadastramento será constituído das seguintes etapas:

I - Requerimento de Cadastramento ou Recadastramento, mediante preenchimento de Formulário Padrão, encaminhado para o e-mail do CONEDE/MT [conedemt@setasc.mt.gov.br](mailto:conedemt@setasc.mt.gov.br), acompanhado dos documentos exigidos;

II - Processo de análise documental, realizada por uma Comissão de Seleção constituída pelo CONEDE/MT;

III - Homologação do Cadastro ou Recadastramento pela Plenária do CONEDE/MT;

IV - Emissão da Declaração de Cadastro ou Recadastramento pela Presidência do CONEDE/MT.

§1º. A qualquer tempo, durante o processo de análise documental, a Comissão de Seleção, poderá solicitar informações e documentos que julgarem necessários para o deferimento do Cadastro ou Recadastramento, inclusive o CONEDE-MT poderá realizar visitas in loco nas unidades de atendimento para comprovar o correto funcionamento conforme declarado pela instituição.

§ 2º. Ocorrendo o indeferimento do Cadastro ou Recadastramento, a instituição que se sentir prejudicada, poderá recorrer da decisão, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da notificação.

Artigo 3º. A solicitação de cadastro ou recadastramento deverá ser instruída com os seguintes documentos:

I - Requerimento padrão, devidamente preenchido e assinado pelo dirigente máximo da instituição;

II - Cópia da Ata de Fundação registrada em Cartório;

III - Cópia atualizada do Estatuto da instituição, devidamente registrada em cartório;

IV - Cópia da Ata da última Assembleia Geral de Eleição e Posse, com a indicação dos cargos diretivos das instituições registrada em cartório;

V - Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ (ativo);

VI - Declaração de Funcionamento.

§ 1º. A não comprovação da atuação da instituição nas áreas declaradas implicará em desaprovação do cadastro, impedindo sua inclusão.

§ 2º. Os documentos relativos aos incisos I e VI estarão disponíveis no anexo dessa resolução.

§ 3º. O recadastramento das instituições deverá ser realizado sempre que houver mudanças no quadro da Diretoria e nos Estatutos.

Artigo 4º. O envio de todos os documentos exigidos nesta Resolução será condição indispensável para a obtenção da Declaração de Cadastro ou Recadastramento, junto ao CONEDE-MT.

Parágrafo único. Os documentos deverão ser encaminhados via e-mail: conedemt@setasc.mt.gov.br

Artigo 5º. A solicitação de Cadastro ou Recadastramento poderá ser feita a qualquer tempo e terá validade de 02 (dois) ano, a partir da data da sua expedição.

I - A Declaração de cadastro, não é documento exclusivo a ser apresentado pela instituição no ato da celebração de parcerias e outros tipos de avenças com órgãos da Administração Pública Direta ou Indireta, cabendo a instituição observar as normativas e legislação exigidas para cada tipo de ajuste.

II - A existência de Declaração de Cadastro, não obriga a celebração de parceria ou qualquer tipo de avença com a Administração Pública Estadual, competindo ao CONEDE-MT, somente a análise de processos das instituições devidamente cadastradas.

III - Na ausência de comunicação, por parte da instituição, quanto às atualizações das informações contidas no ato do cadastro ou recadastramento, o CONEDE poderá suspender a Declaração de Cadastro e não se responsabiliza por quaisquer prejuízos que a instituição vier a sofrer, podendo a mesma ter o seu cadastro suspenso por decisão plenária.

Artigo 6º. Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Cuiabá 13 de junho de 2024.

Jandira S. S. Andrade

Presidente do CONEDE/MT

ANEXO I

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA

CONSELHO ESTADUAL DE DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA - CONEDE/MT

1. NÚMERO DO REGISTRO: PARA USO DO CONEDE \_\_\_\_\_

2. PEDIDO DE:

Cadastramento ( )

Recadastramento ( )

2ª Via ( )

Outros ( )

3. ALTERAÇÃO DE:

Endereço ( )

Representante Legal ( )

Estatuto ou Ato Constitutivo ( )

Denominação ( )

Outros ( )

4. BAIXA/CANCELAMENTO: (MOTIVOS)

Extinção da Instituição ( ) Transferência para /outra Instituição ( ) Irregularidade ( )

Outro Motivo ( ) (especificar) \_\_\_\_\_

## 5. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO:

Denominação: (constante do Estatuto ou Ato Constitutivo): \_\_\_\_\_

Endereço/Sede: (Rua, Praça, Avenida) \_\_\_\_\_

N.º \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

Imóvel: Próprio ( ) Cedido ( ) Locado ( )

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

## 6. REPRESENTANTE LEGAL:

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG : \_\_\_\_\_

Endereço Completo: (Praça/Av., Rua) \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

## 7. DADOS COMPLEMENTARES DA INSTITUIÇÃO:

Data de Fundação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Registro em Cartório: N.º \_\_\_\_\_ Livro \_\_\_\_\_ Folha \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vigência do Mandato da Diretoria: Início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Término: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CNPJ N.º \_\_\_\_\_ Situação Cadastral \_\_\_\_\_ Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Cláusula (Artigo) \_\_\_\_\_ do Estatuto ou do Ato Constitutivo.

## 8. DECLARAÇÃO/ASSINATURA:

Declaro, sob as penas da Lei, serem autênticos os documentos apresentados, e verdadeiras as informações acima prestadas.

Local/Data: \_\_\_\_\_

Nome do representante legal: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

(Assinatura do Responsável legal)

## 9. ABRANGÊNCIA DO ATENDIMENTO:

MUNICIPAL: ( )

ESTADUAL: ( )

Caso seja estadual, quais Municípios atendem: \_\_\_\_\_

## 10. ABRANGÊNCIA DO ATENDIMENTO:

MUNICIPAL: ( )

ESTADUAL: ( )

Caso seja estadual, quais Municípios atendem: \_\_\_\_\_

**11. INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

Preencher o formulário, digitado, datar e assinar;

Não preencher o campo n.º 1;

Preencher corretamente os dados dos campos: 05 a 08, conforme documentação legal da Entidade;

Nos demais campos, onde houver parênteses, assinalar com X a alternativa correta.

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE FUNCIONAMENTO**

Declaro para os devidos fins que o (a) \_\_\_\_\_, sem fins lucrativos, sediada no Município de \_\_\_\_\_, Estado de Mato Grosso, inscrita no CNPJ sob o n.º \_\_\_\_\_, está em pleno e regular funcionamento, desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, há mais de 02 (dois) anos, cumprindo suas finalidades estatutárias, no que concerne às atividades em atendimentos as pessoas com deficiência, sendo a sua diretoria em exercício e com o mandato de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ constituída dos seguintes membros:

**1º PRESIDENTE:**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

RG. N.º \_\_\_\_\_

C.P.F. N.º \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

**2º VICE-PRESIDENTE:**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

RG.N.º \_\_\_\_\_

C.P.F. N.º \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

**3º SECRETÁRIO:**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

RG. N.º \_\_\_\_\_

C.P.F. N.º \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

**4º SECRETÁRIO:**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

RG.N.º \_\_\_\_\_

C.P.F. N.º \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

**5º TESOUREIRO**

Nome Completo: \_\_\_\_\_

RG.N.º \_\_\_\_\_

C.P.F. N.º \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

6º OUTROS:

Nome Completo: \_\_\_\_\_

RG.N.º \_\_\_\_\_

C.P.F. N.º \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

7º OUTROS

Nome Completo: \_\_\_\_\_

RG.N.º \_\_\_\_\_

C.P.F. N.º \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

8º OUTROS:

Nome Completo: \_\_\_\_\_

RG.N.º \_\_\_\_\_

C.P.F. N.º \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Atesto que a referida Instituição destina a totalidade de suas rendas ao atendimento de suas finalidades e não distribui lucros ou dividendos, nem concede remuneração ou parcela de seu patrimônio, vantagens ou benefícios sob nenhuma forma, a dirigentes e membros do conselho, que exerçerão suas funções em caráter voluntário.

Local : \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2024

Presidente

Vice-Presidente

OBS.: A declaração deve ser emitida em papel timbrado da entidade, devendo ser digitalizada a original, e exige-se firma reconhecida em Cartório.

---

Superintendência da Imprensa Oficial do Estado de Mato Grosso  
Rua Júlio Domingos de Campos - Centro Político Administrativo | CEP 78050-970 | Cuiabá, MT

Código de autenticação: fb01f684

Consulte a autenticidade do código acima em [https://homolog.iomat.mt.gov.br/legislacao/diario\\_oficial/consultar](https://homolog.iomat.mt.gov.br/legislacao/diario_oficial/consultar)