



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOMBINHAS
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

EDITAL Nº 001 DE 18 DE NOVEMBRO DE 2016

Procedimentos e critérios das entidades e/ou organizações de Assistência Social, para a inscrição no Conselho de Assistência Social - CMAS, conforme competência estabelecida no inciso IV do artigo 18, da lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, obedecerá ao disposto na Resolução do CNAS nº 016/2010 e Resolução do CMAS nº 003/2016.

I – DAS INSCRIÇÕES

1) As inscrições estarão abertas entre os dias **18 de novembro a 19 de dezembro de dois mil e dezesseis**, quando deverão ser entregues pessoalmente em um envelope, na sala dos Conselhos de Direitos, localizada na Rua Baleia Jubarte, 328 (trezentos e vinte e oito), bairro José Amândio, Bombinhas, SC, no horário: 12 h às 17 horas. Sendo devidamente protocolado

2) A inscrição das entidades de assistência social, no respectivo Conselho, demanda a apresentação dos documentos:

- I - requerimento, conforme anexo I;
- II - cópia do estatuto social (atos constitutivos) registrado em cartório;
- III - cópia da ata de eleição e posse da atual diretoria, registrada em cartório;
- IV - plano de ação;
- V - cópia do Comprovante de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ.

Parágrafo Único: Ressalta-se que o Plano de Ação, se refere a ações futuras, segundo a Resolução do CNAS 16/2010 o plano deve conter:

- a) finalidades estatutárias;
- b) objetivos;
- c) origem dos recursos;
- d) infraestrutura;
- e) identificação de cada serviço, projeto, programa ou benefício socioassistencial, informando respectivamente:
 - e.1) público alvo;
 - e.2) capacidade de atendimento;
 - e.3) recurso financeiro utilizado;
 - e.4) recursos humanos envolvidos;
 - e.5) abrangência territorial;



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOMBINHAS
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

e.6) demonstração da forma de participação dos usuários e/ou estratégias que serão utilizadas em todas as etapas do plano: elaboração, execução, avaliação e monitoramento.

II – DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

3) As documentações entregue ao CMAS estarão sujeitas a análise e avaliação entre os dias **20 de dezembro a 23 de dezembro de 2016**.

4) Serão realizadas visitas institucionais para averiguação da execução dos serviços, programas e projetos executados nas entidades entre **os dias 26 de dezembro a 30 de dezembro de 2016**.

III – DA DIVULGAÇÃO DO RESULTADO

5) A divulgação do resultado será afixado no painel informativo da prefeitura e no site da prefeitura, **no dia 02 de janeiro de 2016**.

6) A entidade que apresentar todos os documentos necessários e tiver o seu requerimento de inscrição indeferido pelo Conselho Municipal poderá recorrer até o dia **12 de janeiro de 2016**.

7) Maiores informações poderão ser obtidas diretamente com o CMAS na Secretaria Executiva dos Conselhos de Direitos da Secretaria Assistência Social na prefeitura Municipal de Bombinhas.

8) Casos omissos neste edital serão solucionados pelo CMAS.

Bombinhas, 18 de novembro de 2016.

**Kátia Carolina Novaes
PRESIDENTE
CMAS Bombinhas**



PREFEITURA MUNICIPAL DE BOMBINHAS
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

ANEXO I

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

Senhor(a) Presidente do Conselho de Assistência Social de _____

A entidade abaixo qualificada, com atuação também neste município, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer a inscrição dos **serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais** abaixo descritos, nesse Conselho.

A - Dados da Entidade:

Nome da Entidade _____

CNPJ: _____

Código Nacional de Atividade Econômica Principal e Secundário _____

Data de inscrição no CNPJ ____/____/____

Endereço _____ nº _____ Bairro _____

Município _____ UF _____ CEP _____ Tel. _____

FAX _____ E-mail _____

A entidade está inscrita no Conselho Municipal de _____,
sob o número _____, desde ____/____/____.

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

B - Dados do Representante Legal:

Nome _____

Endereço _____ nº _____ Bairro _____

Município _____ UF _____ CEP _____ Tel. _____

Celular _____ E-mail _____

RG _____ CPF _____ Data nasc. ____/____/____

Escolaridade _____

Período do Mandato: _____

C - Informações adicionais

Termos em que,
Pede deferimento.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do representante legal da entidade