CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CMAS

Lei Municipal nº 548 de 22 de março de 2005.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO NO CMAS DE SÃO JOSÉ DE RIBAMAR – MA

I- As Entidades e Organizações de Assistência deverão apresentar os seguintes documentos:

a. Requerimento – formulário fornecido pelo CMAS, devidamente preenchido, datado e assinado pelo Representante Legal da Entidade, que deverá rubricar todas as folhas, em anexo.

b. Estatuto – cópia do Estatuto registrado no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas na forma da Lei, com identificação do Cartório em todas as folhas e transcrição dos dados de registro no próprio documento ou em certidão.

c. **Cópia da Ata de Eleição** e posse da atual diretoria.

d. **Relatório das Atividades** do último exercício, assinado pelo representante legal da entidade, em que se descrevam, quantifiquem e qualifiquem as ações desenvolvidas, observando modelo, em anexo.

e. **Cópia do CNPJ –** documento de inscrição CNPJ expedido pelo Ministério da Fazenda, atualizado.

f. **Plano de Ação** do exercício em curso – documento que contempla as ações planejadas, a metodologia adotada, os recursos (financeiros, humanos, materiais) previstos, as parcerias estabelecidas, área de atuação e/ou abrangência (território), dentre outras informações inerentes a uma proposta técnica de trabalho.

g. **Declaração de Pleno e Regular funcionamento** da Entidade assinado pelos membros da Diretoria.

h. **Cópia do RG e CPF** do Representante Legal da Entidade.

II- **As Entidades e Organizações de Assistência Social que atuam em mais de um Município deverão inscrever os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais apresentando os seguintes documentos:**

a. **Requerimento** - Formulário fornecido pelo CMAS, devidamente preenchido, datado e assinado pelo Representante Legal da Entidade, que deverá rubricar todas as folhas em anexo.
b. **Plano de Ação** do exercício em curso.
c. **Comprovante de Inscrição** no Conselho de sua sede ou onde desenvolva o maior número de atividades.

d. **Declaração de Pleno e Regular funcionamento** da Entidade assinado pelos membros da Diretoria.
e. **Cópia do RG e CPF** do Representante Legal da Entidade.

III- **As Entidades e Organizações sem fins econômicos que não tenham atuação preponderante na área da Assistência Social, mas que também atuem nessa área, deverão inscrever seus serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, com apresentação de:**

a. **Requerimento** - Formulário fornecido pelo CMAS, devidamente preenchido, datado e assinado pelo Representante Legal da Entidade, que deverá rubricar todas as folhas em anexo.
b. **Estatuto –** cópia do Estatuto registrado no Cartório de Registro Civil das pessoas jurídicas na forma da Lei, com identificação do Cartório em todas as folhas e transcrição dos dados de registro no próprio documento ou em certidão.
c. **Cópia da Ata de Eleição** e posse da atual diretoria.
d. **Plano de Ação** do exercício em curso.
e. **Declaração de Pleno e Regular funcionamento** da Entidade assinado pelos membros da Diretoria.
f. **Cópia do RG e CPF** do Representante Legal da Entidade.

Nos termos da Resolução CNAS nº 16/2010, recomenda-se:

✔ As Entidades sem fins lucrativos com atuação **exclusivamente** nas áreas de Educação e Saúde, ou outra área **que não a Assistência Social, não deverão requerer inscrição** junto ao CMAS.

✔ Visando a manutenção da inscrição concedida, o CMAS deverá analisar anualmente o Plano de Ação e o Relatório de Atividades de sua Entidade, apresentados na forma do art. 14 da Resolução CNAS nº 16/2010.

✔ Em caso de descumprimento dos requisitos, a inscrição da Entidade poderá ser cancelada a qualquer tempo, garantindo à Entidade o direito à ampla defesa.

Importante: As entidades que desenvolvem ações pontuais, de caráter exclusivamente caritativo e/ou religioso, com atendimentos esporádicos e não continuados, e também as instituições que exigem pagamento pelos serviços prestados, **não se caracterizam** como entidades de assistência social.

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CMAS

Lei Municipal nº 548 de 22 de março de 2005.

REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO NO CMAS

Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social de São José de Ribamar – MA.

A Entidade abaixo qualificada, por seu representante legal infra-assinado CPF de nº ----------, vem requerer a Vossa Senhoria,

( ) **Inscrição** neste Conselho.

( ) **Renovação** da inscrição no Conselho.

( ) Inscrição de serviços, programas, projetos e benefícios de entidades de assistência social fora da sede da entidade.

( ) Inscrição dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais que atuam preponderantemente na área de assistência social.

FORMULÁRIO

I- DADOS DA ENTIDADE:

Nome da Instituição:		
CNPJ:	Atividade Principal:	
Código Nacional de Atividade Econômica Principal e Secundário:		Data de Fundação:
Endereço da Entidade:		Bairro:
Município:	UF:	CEP:
Ponto de Referência:		
DDD – Telefone:	E-mail:	

Informar se teve alguma denominação ou sede anterior:	
Nº de inscrição no CMAS: _____ desde _____/_____/_____	Nº no CMDCA:
Outros (Conselho e/ou Ministérios...) especificar:	

II – DADOS DO DIRIGENTE DA ENTIDADE:

Nome Completo:			
Endereço Residencial:			
CEP:	Cidade:	UF:	Telefone:
Celular:	E-mail:		Data de Nascimento:
Nº do RG:	Órgão Expedidor:		Nº do CPF:
Período do Mandato:		Escolaridade:	

III – FINALIDADES ESTATUTÁRIAS:

_____
_____
_____
_____
_____

IV – INFORMAÇÕES SOBRE O ESTATUTO – Observar e assinalar se no Estatuto dispõe sobre:

01. "A Entidade aplica integralmente suas rendas, recursos e eventual resultado operacional na manutenção e desenvolvimento dos objetivos institucionais no território nacional. "

( ) Consta no Art.: _____ ( ) Não consta

02. "A Entidade não remunera, nem concede vantagens ou benefícios por qualquer forma ou título, a seus diretores, conselheiros, sócios, instituidores, benfeitores ou equivalentes. "
( ) Consta no Art.: _____ ( ) Não consta

03. "A Entidade é sem fins lucrativos e não distribui resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcela de seu patrimônio, sem nenhuma forma ou pretexto. "
( ) Consta no Art.: _____ ( ) Não consta

04. "Em caso de dissolução ou extinção da Entidade, o eventual patrimônio remanescente será destinado a uma entidade congênere devidamente registrada no Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS ou a uma entidade pública, a critério da Instituição. "
( ) Consta no Art.: _____ ( ) Não Consta
05. "A Entidade presta serviços gratuitos, permanentes e sem qualquer discriminação de clientela. "
( ) Consta no Art.:_____ ( ) Não Consta

V – IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DA DIRETORIA:

Mandato: _____

Nome	Cargo	CPF
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

VI – SÍNTESE DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS E BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS REALIZADOS NO MUNICÍPIO:

I I Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV
I I Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos e suas Famílias
I I Ações de Assessoramento e Defesa de Garantia de Direitos
I I Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua
I I Serviço de Acolhimento Institucional I I Serviço de Acolhimento em República
I I Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora/Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergência
I I Ações de Habilitação e Reabilitação da Pessoa com Deficiência e a Promoção de sua Integração à vida comunitária nos termos da Resolução CNAS nº 34/2011
I I Ações de Promoção da Integração ao Mercado de Trabalho nos termos da Resolução CNAS nº 33/2011
I I Outros _____
_____

VII – RELACIONAR OS ESTABELECIMENTOS (Sede e Filiais) E AS ENTIDADES COM PERSONALIDADE JURÍDICA PRÓPRIA MANTIDA PELA REQUERENTE. (se houver)

Nome:		
Endereço:		
Cidade/UF:	CNPJ:	Inscrição no CMAS:

Nome:		
Endereço:		
Cidade/UF:	CNPJ:	Inscrição no CMAS:

Informações Adicionais:

_____

_____

_____

Termos em que pede Deferimento,

São José de Ribamar, _____ de _____ de _____

_____

Assinatura do Representante Legal da Entidade

ANEXOS I E II

ORIENTAÇÃO PARA ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO DE ATIVIDADES E PLANO DE AÇÃO ANUAL DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO CNAS Nº 16/2010, ART. 3º, INCISO III.

IDENTIFICAR O ANO ANTERIOR DO RELATÓRIO DE ATIVIDADES E PLANO DE AÇÃO DO ANO SEGUINTE A QUE SE REFERE:
(Timbre da Entidade)

1- IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

Razão Social			C.N.P.J.
Endereço			(DDD) Telefone
Cidade	UF	CEP	E-mail Institucional

Nome do responsável pela Entidade			
C.P.F.			Data de Nascimento
R.G. /Órgão expedidor.	Cargo	E-mail do responsável	
Endereço completo		CEP	(DDD) Tel/Cel do Responsável

2- FINALIDADES ESTATUTÁRIAS

Descrever as finalidades da Entidade conforme previsão do Estatuto Social.

3- OBJETIVOS

Descrever os objetivos da Entidade.

4- ORIGEM DOS RECURSOS

FONTE	VALOR ANUAL (R$)
Ex: Fundo Municipal de Assistência Social	50.000,00
Ex: Fundo Nacional de Assistência Social	40.000,00
Ex: IPTU (isento)	4.800,00
Ex: Cota Patronal (isento)	100.000,00
EX: TOTAL GERAL	90.000,00

5- INFRAESTRUTURA

5.1- Recursos Físicos

RECURSOS FÍSICOS	QUANTIDADE

Ex: Recepção com 22,5 m²	01
Ex: Sala para realização de Oficinas com 40,0 m²	06

5.2- Recursos Materiais

RECURSOS MATERIAIS PERMANENTES	QUANTIDADE
Ex: Computador com acesso à internet	02
Ex: Mesas	25

5.3- Recursos Humanos

NOME	CARGO/FUNÇÃO	VÍNCULO	HORAS SEMANAIS
Ex: Maria da Silva	Assistente Social	CLT	30

6- **IDENTIFICAÇÃO DE CADA SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO E BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS EXECUTADOS** (obs.: para cada serviço, programa, projeto ou benefício, deverá ser preenchido um quadro específico).

6.1 TIPIFICAÇÃO/CARACTERIZAÇÃO
( ) **Proteção Social Básica**
( ) **Proteção Social Especial Média Complexidade**
( ) **Proteção Social Especial Alta Complexidade**
( ) **Assessoramento**
( ) **Defesa e Garantia de Direitos**

( ) **Outro Programa ou Projeto de :** **- Habilitação/Reabilitação de Pessoa com Deficiência ( )** **- Inscrição ao Mundo do Trabalho ( )**
6.2 NOME DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO OU BENEFÍCIO
Descrever o nome da ação.
6.3 ENDEREÇO DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO OU BENEFÍCIO
Descrever o endereço completo onde se realiza o atendimento deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.
6.4 DESCRIÇÃO
Descrever no que consiste o Serviço, Programa, Projeto ou Benefício e o objetivo da ação .
6.5 PERIODICIDADE DO SERVIÇO (Quantas vezes é desenvolvido e o tempo de duração).
6.6 PÚBLICO ALVO
Descrever o público-alvo atendido pelo Serviço, Programa, Projeto ou Benefício, constando segmento, faixa etária, situação, corte de renda (se houver) etc..
6.7 CAPACIDADE DE ATENDIMENTO
Descrever a capacidade de atendimento do Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.

6.8 NÚMERO DE INDIVIDUOS/FAMÍLIAS ATENDIDOS
Descrever o número de indivíduos/famílias atendidas mensalmente, considerando a média anual.

7. ABRANGÊNCIA TERRITORIAL
Descrever qual é a abrangência territorial deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício, ou seja, se o público é proveniente ou não da região específica. (Território de origem).
7.1 FORMA DE PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS
Descrever como os usuários deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício participam na elaboração dos critérios, na definição das prioridades, no desenvolvimento do

trabalho, e na avaliação da qualidade dos serviços prestados, demonstrando as estratégias que serão utilizadas em todas as etapas do Plano: elaboração, execução, avaliação e monitoramento.
8. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
Descrever como este Serviço, Programa, Projeto ou Benefício é monitorado e avaliado pela equipe da própria Unidade e por órgãos externos. Quais os instrumentos utilizados para o registro das informações, qual a periodicidade da elaboração de relatórios quantiqualitativos, quem tem acesso a estes produtos do monitoramento e avaliação interna, se há monitoramento e avaliação de órgãos externos, quais os indicadores de monitoramento e avaliação.
9. OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES
Se houver.
10. DECLARAÇÃO
Na qualidade de representante legal da instituição, declaro sob as penas da lei, que as informações prestadas neste documento são expressão da verdade e possuem Fé Pública.

, / / Loca e data	_____ Nome do Responsável Legal Nome da Unidade

ANEXO III

MODELO DE DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins a _____ (Nome da Instituição), com sede _____ (Endereço), na cidade de _____ (Nome do Município), Estado _____ (UF), inscrita no CNPJ de nº _____, está em Pleno e Regular funcionamento, desde _____/____/____ (período), cumprindo suas finalidades estatutárias, sendo a sua Diretoria, com mandato de _____/_____/_____ (ano) a ____/____/____ (ano), constituída dos seguintes membros:

Presidente: Nome Completo_____
RG nº _____ CPF nº _____
Endereço Residencial _____

Vice-Presidente: Nome Completo _____
RG nº _____ CPF nº _____
Endereço Residencial
_____

Tesoureiro: Nome Completo _____
RG nº _____ CPF nº _____
Endereço Residencial _____

_____, _____ de _____ de_____

_____

Assinatura e Carimbo do Presidente da Entidade