



CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE VACARIA/RS

Regido por Lei Municipal n.º 1.781/97 (26/12/1997) e suas alterações.

Sede: Espaço dos Conselhos Municipais

Rua Ramiro Barcelos, 876 – Centro. Vacaria/RS. CEP 95.200-127.

e-Mail: conselhosmunicipais@vacaria.rs.gov.br – Telefone: (54) 3231.6438

Edital n 001/2024

O Conselho Municipal de Assistência Social de Vacaria/RS, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no art.3º da Lei Federal nº8.742/93 – Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências, consideram-se entidades e organizações de assistência social aquelas sem fim lucrativos que, isolada ou cumulativamente, prestam atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta Lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de direitos. Em conformidade com o Art.9º o funcionamento das entidades e organizações de assistência social depende da prévia inscrição no respectivo Conselho Municipal de Assistência Social, este Conselho abre as inscrições e renovações para as entidades.

Este edital estabelecerá o prazo 15/03/2024 à 15/04/2024 para a entrega das documentações junto ao **CMAS**

Os documentos necessários para a solicitação de novas inscrições no CMAS são:

1. Requerimento endereçado ao CMAS;
2. Cópia autenticada do Estatuto registrado no Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;
3. Cópia da Ata de eleição dos membros da atual diretoria, devidamente registrada no Cartório competente;
4. Atestado de Antecedentes Criminais e cópia do RG dos membros da diretoria executiva, quais sejam: presidente, vice-presidente, 1º e 2º secretários e 1º e 2º tesoureiro;
5. Cópia atualizada do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda, conhecida pela sigla de “CNPJ”;
6. Certidões Negativas (Federais, Estaduais e Municipais);
7. Declaração que a OSC não emprega menores;
8. Declaração de idoneidade;
9. Relatório de Atividades do ano anterior, conforme o anexo.



CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE VACARIA/RS

Regido por Lei Municipal n.º 1.781/97 (26/12/1997) e suas alterações.

Sede: Espaço dos Conselhos Municipais

Rua Ramiro Barcelos, 876 – Centro. Vacaria/RS. CEP 95.200-127.

e-Mail: conselhosmunicipais@vacaria.rs.gov.br – Telefone: (54) 3231.6438

Os documentos necessário para a Renovação junto ao CMAS são:

1. Requerimento endereçado ao CMAS;
2. Declaração informando que o Estatuto não teve alterações nos últimos dois anos. (Caso contrário apresentar Estatuto e certidão com as devidas alterações);
3. Cópia da Ata de eleição dos membros da atual diretoria, devidamente registrada no Cartório competente;
4. Atestado de Antecedentes Criminais e cópia do RG dos membros da diretoria executiva, quais sejam: presidente, vice-presidente, 1º e 2º secretários e 1º e 2º tesoureiro, quando houver mudanças na diretoria;
5. Cópia atualizada do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda, conhecida pela sigla de "CNPJ";
6. Certidões Negativas (Federais, Estaduais e Municipais);
7. Declaração que a OSC não emprega menores;
8. Declaração de idoneidade;
9. Relatório de Atividades do ano anterior, conforme o anexo.

Vacaria, 14 de março 2024

Marli Madrugá Kovalesski

Presidente do COMAS



CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE VACARIA/RS

Regido por Lei Municipal n.º 1.781/97 (26/12/1997) e suas alterações.

Sede: Espaço dos Conselhos Municipais

Rua Ramiro Barcelos, 876 – Centro. Vacaria/RS. CEP 95.200-127.

e-Mail: conselhosmunicipais@vacaria.rs.gov.br – Telefone: (54) 3231.6438

MODELO – COLOCAR TIMBRE DA ORGANIZAÇÃO

RELATÓRIO DE ATIVIDADES 202__

Colocar o nome do Serviço Tipificado pela Assistência Social

1. Nome/ Razão Social:

2. CNPJ:

3. Endereço – Rua, nº, bairro, CEP – Cidade/ UF 4. Telefone: E-mail: 5. Horário de funcionamento:

4. Telefone:

E-mail:

5. Horário de funcionamento:

6. Nome do responsável pelo preenchimento do Relatório de Atividades:

7. Nível de proteção:

(OBS: Assinalar com um X)

Proteção Social Básica

Proteção Social Especial de Média
Complexidade

Proteção Social Especial de Alta
Complexidade

8. Modalidade de Atendimento dos Serviços Prestados (casa lar, abrigo institucional, centro dia, habilitação e reabilitação, entre outros):

9. Número de usuários atendidos (média mês e anual)

10. Qual o percentual do orçamento relativo aos recursos financeiros do Serviço, que o investimento das três esferas de governo representou?

ORIGEM DO RECURSO	FONTE	VALOR	%
FEDERAL	Assistência		
	Outros (Citar)		
ESTADUAL	Assistência		
	Outros (Citar)		
MUNICIPAL	Assistência		
	FMI		
	CONDICA		
	OUTROS (citar)		
EMPRESAS PRIVADAS			
PRÓPRIOS			
TOTAL			

11. O Serviço/Projeto faz parte de alguma rede socioassistencial e intersetorial? (Assinale apenas uma alternativa) - Entende-se por rede um conjunto de relações, regulares e sistemáticas, entre pessoas e/ou instituições, que visam objetivos comuns de interesse social.:

SIM

NÃO

QUAIS:

12. Considerando os objetivos do Serviço, quais os principais avanços alcançados no período de execução:



CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE VACARIA/RS

Regido por Lei Municipal n.º 1.781/97 (26/12/1997) e suas alterações.

Sede: Espaço dos Conselhos Municipais

Rua Ramiro Barcelos, 876 – Centro. Vacaria/RS. CEP 95.200-127.

e-Mail: conselhosmunicipais@vacaria.rs.gov.br – Telefone: (54) 3231.6438

Objetivo geral:

Objetivos específicos (Listar abaixo):	Resultados esperados quantitativos e qualitativos	Resultados Obtidos	Justifique sempre que os resultados obtidos forem diferentes dos resultados esperados

13. RECURSOS HUMANOS - SUAS

Nível de Formação	Quantidade	Área de Atuação	Carga Horária Semanal	Tipo Vínculo Empregatício
ENSINO FUNDAMENTAL				
ENSINO MÉDIO				
ENSINO SUPERIOR				

14. Quais as potencialidades e dificuldades relacionados à execução do Serviço?

IMPORTANTE: Caso a organização execute mais de um serviço ou outros projetos copiar os itens 7 ao 14 (para cada serviço ou projeto)

Data: ____/____/____	Nome do Responsável pelo Preenchimento	
		Assinatura do Responsável pelo Preenchimento
Data: ____/____/____	Nome do Dirigente ou Representante Legal	
		Assinatura do Dirigente ou Representante Legal