



CONSELHOMUNICIPALDOSDIREITOSDACRIANÇAEDOADOLESCENTE-VACARIA-RS
Sede: Rua Ramiro Barcelos, 876 – Centro, Vacaria/RS. CEP 95.200-127.
Fone: (54) 3231-6585

Edital nº 001/2025

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Vacaria/RS, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no art. nº4 e na Lei do Municipal nº 2.192/2004, abre as inscrições e renovações para as entidades que desenvolvam projetos e programas na área da criança e adolescentes.

Este edital estabelecerá o prazo **15/07/2025** à **15/08/2025** para a entrega das documentações junto ao **COMDICA**.

O prazo para análise dos projetos e fluxo de deliberação dos mesmos será de 30 (trinta) dias a contar da data de 16.08.25.

Em caso de não aprovação, as Entidades serão formalmente comunicadas de tal decisão pela “Comissão Avaliadora do Fundo e Análise de Projetos”, sendo dado prazo de 10 (dez) dias para regularização dos documentos.

Decorrido este prazo, e não havendo manifestações por parte das OSCs o processo de inscrição será arquivado.

Os documentos necessários para a Solicitação de novas inscrições junto ao COMDICA são:

1. Requerimento endereçado ao COMDICA;
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.

Eliane Risson dos Santos
Presidente do COMDICA – Vacaria/RS



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - VACARIA-RS
Sede: Rua Ramiro Barcelos, 876 – Centro. Vacaria/RS. CEP 95.200-127.
Fone: (54) 3231-6585

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:			
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, habitação 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 apresentou?			
ORIGEM DO RECURSO	FONTE	VALOR	%
FEDERAL	Assistência		
	Outros (citar)		
ESTADUAL	Assistência		
	Outros (citar)		
MUNICIPAL	Assistência		
	FMI		
	COMDICA		
	Outros (citar)		
EMPRESAS PRIVADAS			
PRÓPRIOS			
TOTAL			



CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - VACARIA-RS
Sede: Rua Ramiro Barcelos, 876 – Centro, Vacaria/RS. CEP 95.200-127.
Fone: (54) 3231-6585

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

Objetivo geral:

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

12. RECURSOS HUMANOS - SUAS - EQUIPE

Nível de formação	Quantidade	Área de atuação	Carga Horária Semanal	Tipo Vínculo Empregatício
ENSINO FUNDAMENTAL				
ENSINO MÉDIO				
ENSINO SUPERIOR				

13. 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 13 (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