



# CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

## Edital nº 01/2021 - CMAS

Edital de Convocação de Entidades ou Organizações de Assistência Social para inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social de Pontal do Paraná

**O Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS** de Pontal do Paraná no uso de suas atribuições, conferidas pela Lei nº 34 de outubro de 1997 e Lei nº 8.069 de julho de 1993 – Lei Orgânica de Assistência Social convoca as Entidades ou Organizações de Assistência Social interessadas em se inscrever no Conselho Municipal de Assistência Social do município de Pontal do Paraná.

### 1. DOS REQUISITOS PARA INSCRIÇÃO

1.1 As entidades interessadas deverão comparecer na Secretaria Municipal de Assistência Social com as documentações contidas neste edital, até as 16hs do dia 18 de outubro de 2021, nas dependências da Prefeitura Municipal, localizada à Rodovia PR-407, Km 19, 215, Praia de Leste, Pontal do Paraná.

1.2 As entidades ou organizações de Assistência Social deverão demonstrar ser pessoa jurídica de direito privado, devidamente constituída, conforme disposto no Art. 53 do Código Civil Brasileiro e no Art. 2º da Lei 8742 de 1993.

1.3 Conforme estabelecida na Resolução CNAS nº 14 de 15 de maio de 2014, as entidades ou organizações de Assistência Social podem ser isolada ou cumulativamente:

I – de atendimento: aquelas que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços, executam programas ou projetos e concedem benefícios de proteção social básica ou especial, dirigidos às famílias e indivíduos em situações de vulnerabilidades ou risco social e pessoal, nos termos das normas vigentes.

II – de assessoramento: aquelas que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços e executam programas ou projetos voltados prioritariamente para o fortalecimento dos movimentos sociais e das organizações de usuários, formação e capacitação de lideranças, dirigidos ao público da política de assistência social, nos termos das normas vigentes.

III – de defesa e garantia de direitos: aquelas que, de forma continuada, permanente e planejada, prestam serviços e executam programas ou projetos voltados prioritariamente para a defesa e efetivação dos direitos socioassistenciais, construção de novos direitos, promoção da cidadania, enfrentamento das desigualdades sociais e articulação com órgãos públicos de defesa de direitos,



# CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

dirigidos ao público da política de assistência social, nos termos das normas vigentes.

1.4 Os critérios para inscrição das entidades ou organizações de Assistência Social, conforme definidos na Resolução CMAS nº09, são cumulativamente:

- I – executar ações e caráter continuado, permanente e planejado;
- II – assegurar que os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais sejam ofertados na perspectiva da autonomia e garantia de direitos dos usuários;
- III – garantir a gratuidade e a universalidade em todos os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais;
- IV – garantir a existência de processos participativos dos usuários na busca do cumprimento da efetividade na execução de seus serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais.

## 2. DA DOCUMENTAÇÃO

2.1 As entidades ou organizações de Assistência Social deverão apresentar os seguintes documentos para obtenção da inscrição:

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

## 3. DO DEFERIMENTO OU INDEFERIMENTO DA INSCRIÇÃO

3.1 O CMAS procederá com a análise da documentação da entidade e, no caso de deferimento, emitirá um número de inscrição com validade de 06 (seis) meses, devendo a equipe técnica do CMAS realizar neste período visita à entidade para então, emissão de número de inscrição por tempo indeterminado.

3.2 No caso de indeferimento do requerimento de inscrição, a entidade ou organização de Assistência Social deverá ser comunicada oficialmente, contendo todas as devidas justificativas de indeferimento.

Pontal do Paraná, 13 de outubro de 2021

**Nadia Regina G. Giacomini**  
**Presidente do CMAS**



# CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

## ANEXO I

### Requerimento de Inscrição de Entidade ou Organização de Assistência Social

Senhor (a) Presidente do Conselho de Assistência Social de Pontal do Paraná

A entidade abaixo qualificada, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer sua inscrição neste Conselho.

#### **A - Dados da Entidade:**

Nome da Entidade: \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_ Código Nacional de Atividade Econômica Principal e Secundária \_\_\_\_\_  
Data de inscrição no CNPJ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_  
UF \_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
FAX \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Atividade Principal \_\_\_\_\_

#### **Inscrição:**

Possui inscrição em outro conselho?

( ) SIM ( ) NÃO

Qual/Quais? \_\_\_\_\_

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



# CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

---

Relação de todos os estabelecimentos da entidade (CNPJ e endereço completo)

---

---

---

---

## 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**



# CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

## Anexo II ROTEIRO PLANO DE AÇÃO ANUAL

### 1- IDENTIFICAÇÃO UNIDADE EXECUTORA

Unidade Mantenedora/Razão Social				C.N.P.J.	
Endereço			(DDD) Telefone/Fax		
Cidade	UF	CEP	E-mail Institucional		
Nome do responsável pela Unidade					
C.P.F.			Data de Nascimento		
R.G. /Órgão expedidor.		Cargo		E-mail do responsável	
Endereço completo			CEP	(DDD) Tel/Cel do Responsável	

### 2- IDENTIFICAÇÃO UNIDADE MANTENEDORA (quando houver)

Unidade Mantenedora/Razão Social				C.N.P.J.	
Endereço			(DDD) Telefone/Fax		
Cidade	UF	CEP	E-mail Institucional		
Nome do responsável pela Unidade					
C.P.F.			Data de Nascimento		
R.G. /Órgão expedidor.		Cargo		E-mail do responsável	
Endereço completo			CEP	(DDD) Tel/Cel do Responsável	



# CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

### 3. A entidade desenvolve suas atividades nos seguintes endereços:

Nome Unidade	Endereço	CNPJ Filial (se houver)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

### 4. FINALIDADES ESTATUTÁRIAS

Descrever as finalidades da Entidade conforme previsão do Estatuto Social.

### 5. OBJETIVOS

Descrever o objetivo Geral.

#### 5.1

Descrever objetivos específicos.

### 6. ORIGEM DOS RECURSOS

FONTE	VALOR ANUAL (R\$)
Ex: Fundo Municipal de Assistência Social	
Ex: IPTU (isento)	



# CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

<b>EX: TOTAL GERAL</b>	

## 7. INFRAESTRUTURA

### 7.1 Recursos Físicos

RECURSOS FÍSICOS	QUANTIDADE
Ex: Recepção com 22,5 m <sup>2</sup>	01

### 7.2 Recursos Materiais

RECURSOS MATERIAIS PERMANENTES	QUANTIDADE
Ex: Computador com acesso a internet	02

### 7.3 Recursos Humanos

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



# CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

**8. IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS, PROGRAMAS, PROJETOS E BENEFÍCIOS SOCIOASSISTENCIAIS EXECUTADOS** (obs: para cada serviço, programa, projeto ou benefício, deverá ser preenchido um quadro específico).

<b>8.1 TIPIFICAÇÃO/CARACTERIZAÇÃO</b>
<input type="checkbox"/> Proteção Social Básica <input type="checkbox"/> Proteção Social Especial Média Complexidade <input type="checkbox"/> Proteção Social Especial Alta Complexidade <input type="checkbox"/> Assessoramento <input type="checkbox"/> Defesa e Garantia de Direitos
<b>8.2 NOME DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO OU BENEFÍCIO</b>
Descrever o nome da ação.
<b>8.3 ENDEREÇO DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO OU BENEFÍCIO</b>
Descrever o endereço completo onde se realiza o atendimento deste Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.
<b>8.4 DESCRIÇÃO</b>
Descrever no que consiste o Serviço, Programa, Projeto ou Benefício e o objetivo da ação .
<b>8.5 PERIODICIDADE DO SERVIÇO</b> (Quantas vezes é desenvolvido e o tempo de duração).
<b>8.6 PÚBLICO ALVO</b>
Descrever o público-alvo atendido pelo Serviço, Programa, Projeto ou Benefício, constando segmento, faixa etária, situação, corte de renda (se houver) etc..
<b>8.7 CAPACIDADE DE ATENDIMENTO</b>
Descrever a capacidade de atendimento do Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.
<b>8.8 OBJETIVOS DO SERVIÇO, PROGRAMA, PROJETO OU BENEFÍCIO</b>
Descrever o objetivo do Serviço, Programa, Projeto ou Benefício.
<b>8.9 RECURSO FINANCEIRO UTILIZADO</b>



# CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Descrever a origem do recurso utilizado.

## 8.10 RECURSOS HUMANOS ENVOLVIDOS

Descrever os profissionais envolvidos na ação.

## 8.11 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Objetivos	Descrição das atividades	Mês inicial	Mês final

## 8.12. 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).

## 8.13 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.

## 8.14 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 quantiquantitativos, 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.



## CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

---

### 9. 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