



CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SÃO DESIDÉRIO/BA

Instituído pela Lei 005 de 16/04/2001  
Modificado pela Lei 012 de 12/12/2007.

**DECLARAÇÃO DE RECONHECIMENTO DE EXISTÊNCIA E ATUAÇÃO**

**- Representantes de Usuários -**

**(a que se refere o inciso III § 3º do art. 5º da Resolução CNAS nº 6/2010)**

DECLARO, para os devidos fins, que *o/a (nome do grupo, associação, movimento social, fórum, rede ou outras denominação de representação de usuário da política de assistência social)* .....  
com sede (*endereço*) ....., na cidade de (*nome do Município*) ....., Estado (*UF*) .....,  
exerce suas atividades de assistência social cumprindo regularmente as suas finalidades há mais  
de dois anos, desde (*data de início das atividades*) ....., sendo seus representantes  
legitimados, com fundamento nas definições da Resolução CNAS nº 24/2006 e documentos  
constitutivos ou relatório de reunião, pelo período de mandato de...../...../..... à ...../...../.....,  
composto pelos seguintes membros:

**Representante 1:**

Nome completo: .....

N.º do RG: ....., Órgão expedidor: .....,

CPF: .....

Endereço Residencial: .....

**Representante 2:**

Nome completo: .....

N.º do RG: ....., Órgão expedidor: .....,

CPF: .....

Endereço Residencial: .....

**Representante 3:**

Nome completo: .....

N.º do RG: ....., Órgão expedidor: .....,

CPF: .....

Endereço Residencial: .....

Descrever as atividades desenvolvidas (relato resumido):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



**CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SÃO DESIDÉRIO/BA**

**Instituído pela Lei 005 de 16/04/2001  
Modificado pela Lei 012 de 12/12/2007.**

DECLARO, em complemento, que (*nome do grupo, associação, movimento social, fórum, rede ou outras denominação de representação de usuário da política de assistência social*) .....  
desenvolve suas atividades de assistência social há no mínimo dois anos, nas seguintes unidades  
federadas (*citar*):

.....;

.....;

.....;

.....;

---

Assinatura do (a) Presidente do Conselho Municipal



CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SÃO DESIDÉRIO/BA

Instituído pela Lei 005 de 16/04/2001  
Modificado pela Lei 012 de 12/12/2007.

**REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO**

Senhor(a) Presidente,

Fundamentado na disposição dos incisos VI e VII do §1º do art. 5º da Resolução CNAS nº 6/2010, venho pelo presente requerer **HABILITAÇÃO AO PROCESSO ELEITORAL DA SOCIEDADE CIVIL**, junto à Comissão eleitoral, da entidade abaixo identificada.

**Entidade:** .....

**Presidente:**.....

**CNPJ:** .....

**Endereço:** .....

**Telefone:** ( ).....

**Fax:** ( ).....

**Endereço Eletrônico:** .....

**Referência para contatos:** .....(nome e qualificação)

**Nome do representante/candidato:**.....

**CPF:**.....

**RG:**.....

**Vínculo com a entidade/organização:**.....

**Habilitação:**

\*Condição:

- Eleitora
- Candidata e Eleitora

\*Segmento:

- Entidade e organização de Assistência Social
- Organização ou representante de Usuários de Assistência Social
- Entidade e organização de Trabalhadores da

**\*Campos com preenchimento obrigatório e deve ser assinalada apenas uma alternativa na identificação da condição e segmento.**

\_\_\_\_\_  
(assinatura do(a) Presidente ou seu Representante legal)  
(identificação e qualificação de quem assina)

**SUGESTÃO DE ROTEIRO DE RELATÓRIO DE ATIVIDADES**

O Relatório deverá conter, em destaque:

1. **Entidade:** .....
2. **Presidente:**.....
3. **As atividades referem-se ao período de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.**
4. **Descrição de serviços/atividades das entidades e organizações (todos os eleitores e candidatos/eleitores citados nos incisos I,II,IV e V do § 1º do art. 4º da Resolução CNAS 6/2010) e ainda, informar para cada serviço/atividade desenvolvida:**
  - a. **Público atendido;**
  - b. **Critérios de acesso;**
  - c. **Objetivos esperados;**
  - d. **Resultados alcançados;**
  - e. **Período de funcionamento (dias da semana e horário);**
  - f. **Local de funcionamento do serviço/projeto/programa prestado (estado/município/endereço).**

**Observações:**

- Para as entidades de assistência social (conforme os incisos I, II, do § 1º do art. 4º da Resolução CNAS 6/2010), descrever os serviços/atividades conforme art. 2º do Decreto 6.308/2007.
- Para entidades e organizações que representam os trabalhadores da assistência social descrever os serviços/atividades conforme art. 2º da Resolução CNAS 23/2006.

- Para as organizações de usuários descrever os serviços/atividades conforme Resolução CNAS nº 24/2006.

5. **Recursos humanos da entidade/organização (quantitativo, formação, vínculo trabalhista).**
6. **Voluntários.**
7. **Informações complementares.**

\_\_\_\_\_, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.



CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL – SAO DESIDERIO/BA

Instituído pela Lei 005 de 16/04/2001  
Modificado pela Lei 012 de 12/12/2007.

**DECLARAÇÃO DE FUNCIONAMENTO**

**- Representantes de Entidades ou Organizações -**

**(a que se refere o inciso III do § 1º, art. 5º da Resolução CNAS nº 6/2010)\***

DECLARO, para os devidos fins, que *o/a (nome da entidade/organização)* .....,  
com sede(*endereço*) ..... na cidade de (*nome do Município*) ....., Estado  
(*UF*)....., portadora do CNPJ n.º....., está em pleno e regular  
funcionamento, desde (*data de fundação*) ...../...../....., cumprindo regularmente as suas  
finalidades estatutárias, sendo a sua Diretoria atual, com mandato de ...../...../..... a  
...../...../....., constituída dos seguintes membros, de acordo com ata de eleição e  
posse:

**Presidente:**

Nome completo: .....

N.º do RG: ....., Órgão expedidor: .....,

CPF: .....

Endereço Residencial: .....

Endereço eletrônico:.....

**Vice-presidente:**

Nome completo: .....

N.º do RG: ....., Órgão expedidor: .....,

CPF: .....

Endereço Residencial: .....

Endereço eletrônico:.....

**Secretário(a):**

Nome completo: .....

N.º do RG: ....., Órgão expedidor: .....,

CPF: .....

Endereço Residencial: .....

Endereço eletrônico:.....

**Tesoureiro(a):**

Nome completo: .....

N.º do RG: ....., Órgão expedidor: .....,



**CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL – SAO DESIDERIO/BA**

**Instituído pela Lei 005 de 16/04/2001  
Modificado pela Lei 012 de 12/12/2007.**

CPF: .....

Endereço Residencial: .....

Endereço eletrônico:.....

DECLARO, em complemento, que a entidade ou organização acima identificada desenvolve suas atividades institucionais, há no mínimo dois anos, nas seguintes regiões geográficas..... e, nas seguintes unidades federadas  
(*citar*)

.....;  
.....;  
.....;  
.....;

( \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de 2018.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do (a) Presidente da Entidade ou seu Representante legal)  
(identificação de quem assina e qualificação)

\* Para os Representantes de Usuários da assistência social deve-se considerar os dados solicitados no §3º, do artigo 5º, da Resolução CNAS nº 6 /2010.

Ficha de Inscrição

Inscrição nº	Data de inscrição	Representação	Nome da Instituição	Representante Legal	Área de atuação	Documentação Entregue e conferida	Inscrição deferida ou indeferida
001							
002							
003							
004							
005							
006							
007							
008							
009							
010							
011							
012							
013							
014							
015							
016							
017							
018							
019							
020							
021							
022							
023							
024							
025							
026							
027							
028							
029							
030							
031							
032							
033							
034							



**CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTENCIA SOCIAL – SAO DESIDERIO/BA**

**Instituído pela Lei 005 de 16/04/2001  
Modificado pela Lei 012 de 12/12/2007.**

035							
036							
037							
038							
039							
40							
041							
042							