



CMAS

Conselho Municipal de Assistência Social
Av. Tranquillo Giannini nº 861-Distrito Industrial.CEP:13.329.600.Salto/SP
E-mail:cmas.salto@salto.sp.gov.br
Tel:(11)4028.0823-Ramal: 9047
Gestão 2021

Estancia Turística de Salto, 30 de março de 2021

Edital nº 01/2021

Manutenção e ou Solicitação de Inscrição para Organização da Sociedade Civil de Assistência Social do Município de Salto no Conselho Municipal de Assistência Social/CMAS-Salto

Do Objeto:

O Conselho Municipal de Assistência Social/CMAS-Salto, no uso de suas atribuições legais, torna público o edital 01/2021, referente a **manutenção e ou solicitação de inscrição** para Organização da Sociedade Civil de Assistência Social do Município de Salto.

As exigências para a Manutenção e ou Inscrição estão elencadas conforme os princípios da Política Nacional de Assistência Social PNAS de acordo com suas legislações vigente e suas exigências:

- a) Resolução nº 14/2014 do Conselho Nacional de Assistência Social/CNAS;
- b) Resolução nº 109/2009 Tipificação socioassistencial do Conselho Nacional de Assistência Social/CNAS;
- c) NOB-SUAS-RH;
- d) LOAS/Lei Orgânica de Assistência Social;
- e) Ter CNPJ ativo a mais de 12 meses;
- f) Ter Serviço Ativo e Tipificado de acordo com sua Proteção e em funcionamento de acordo com as legislações vigentes da PNAS;
- g) Ter em seu quadro 1(uma) Assistente Social contratada CLT, para execução do serviços, ações e projetos, de acordo com a Tipificação Socioassistencial e NOB-RH-SUAS;



CMAS

Conselho Municipal de Assistência Social
Av. Tranquillo Giannini nº 861-Distrito Industrial.CEP:13.329.600.Salto/SP
E-mail:cmas.salto@salto.sp.gov.br
Tel:(11)4028.0823-Ramal: 9047
Gestão 2021

Estaremos recebendo todas as documentações abaixo solicitadas por e-mail no CMAS-Salto: cmas.salto@salto.sp.gov.br; e no mesmo período/simultaneamente, as cópias dos documentos devem ser entregues na Secretaria do Conselho Municipal de Assistência Social/CMAS-Salto, localizada junto a Secretaria de Ação Social e Cidadania, situada na Av: Tranquillo Giannini, nº 861- Prefeitura Municipal-Abadia de São Norberto. Distrito Industrial; até **30 (trinta) de abril de 2021 às 13hs30 (Treze horas e Trinta minutos)** respeitando o horário e a data de entrega deste Edital.

Documentos necessário para Manutenção e ou solicitação de Inscrição:

1. Requerimento da Resolução do CNAS nº 14/2014, referente solicitação de Manutenção e ou de nova Inscrição conforme anexos I; II ou III, devidamente preenchidos:

a) Anexo I- refere-se à solicitação de Manutenção e ou Inscrição para Organização da Sociedade Civil sem fins lucrativos, com atuação principal na área de Assistência Social;

b) Anexo II- refere-se à solicitação de Manutenção e ou Inscrição para Organização da Sociedade Civil sem fins lucrativos que atuam em mais de um Município, a mesma deverá apresentar o comprovante de inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social de sua sede e ou onde desenvolva o maior número de atividades.

c) Anexo III- refere-se as Organização da Sociedade Civil sem fins lucrativos, que não tenham atuação preponderante na área da Assistência Social, mas que também atuam e desenvolvem ações e serviços nesta área.

2. Cópia do Estatuto vigente e ou com alterações quando possuir, devidamente registrado em Cartório de Registro Civil de Pessoas Jurídicas.

3. Cópia da Ata de eleição e posse dos membros da atual diretoria, com cópia da lista de presença dos associados que participaram desta eleição, devidamente averbada no Cartório de Registro Civil de Pessoa Jurídica, e do instrumento comprobatório de representação legal, quando for o caso.

4. Cópia do documento de Inscrição da Organização no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica/CNPJ, do Ministério da Fazenda, atualizado.

5-Plano de Ação da Organização da Sociedade Civil de Assistência Social/OSC para o Ano Vigente de 2021 contendo:



CMAS

Conselho Municipal de Assistência Social

Av. Tranquillo Giannini nº 861-Distrito Industrial.CEP:13.329.600.Salto/SP

E-mail:cmas.salto@salto.sp.gov.br

Tel:(11)4028.0823-Ramal: 9047

Gestão 2021

- a) Finalidades estatutárias;
- b) Objetivos específicos da OSC;
- c) Origem dos recursos para manutenção da OSC sendo: próprios; bazar; doações; alugueis; emendas, termos de colaboração das parcerias públicas; outros;
- d) Descrição da infraestrutura da OSC;
- e) Identificação de cada serviço, projetos, oficinas e ações socioassistenciais que pretende e ou está executando e irá manter em 2021, **respectivamente na área de Assistência Social;**
 - e.1) público alvo que atende direta e ou indiretamente nos serviços, oficinas, ações e projetos;
 - e.2) capacidade de atendimento em cada serviços, oficinas, ações e projetos;
 - e.3) recursos financeiros a serem utilizados nos serviços, oficinas, ações e projetos que pretende e ou está executando;
 - e.4) recursos humanos envolvidos nos serviços, oficinas, ações e projetos; que pretende e ou esta executando;
 - e.5) qual a abrangência territorial;
 - e.6) informar como a equipe da OSC fomentará, incentivará e qualificará a participação dos usuários e/ou estratégias que serão utilizadas em todas as etapas do seu plano: elaboração, execução, monitoramento e avaliação;
- f).Apresentar o anexo I,II ou III do Requerimento da Resolução 14/2014 do CNAS a qual a Organização pertence.

6- Relatório das atividades desenvolvidas no ano de 2020, contendo:

- a) Finalidades estatutárias;
- b) Objetivos da OSC;
- c) Origem dos recursos arrecadados/recebidos no ano de 2020 sendo: próprios; bazar; doações; alugueis; emendas, termos de colaboração das parcerias públicas; outros;
- d) Descreva sobre a infraestrutura da OSC no ano de 2020;
- e) Identificação de cada serviço, projetos, oficinas e ações socioassistenciais que executou em 2020, **respectivamente na área de Assistência Social;**
 - e.1) público alvo que atendeu direta ou indiretamente nos serviços, oficinas, ações e projetos no ano de 2020;
 - e.2) numero de pessoas atendidas em cada serviços, oficinas, ações e projetos executados em 2020;
 - e.3) recursos financeiros que foram utilizados nos serviços, oficinas, ações e projetos que a OSC executou em 2020;
 - e.4) recursos humanos envolvidos nos serviços, oficinas, ações e projetos que executou em 2020;
 - e.5) qual foi a abrangência territorial;
 - e.6) comprovação de como a OSC fomentou, incentivou e qualificou a participação dos usuários e/ou estratégias que foram utilizadas em todas as etapas de execução de suas atividades, monitoramento e avaliação.

7-Os documentos não precisam ser autenticados, porém, no ato do recebimento se constatada incorreção ou ausência de documentos, a Secretária Executiva do CMAS-Salto dará ciência ao requerente, que terá prazo de 5(cinco) dias uteis, para providenciar a regularização.



CMAS

Conselho Municipal de Assistência Social
Av. Tranquillo Giannini nº 861-Distrito Industrial.CEP:13.329.600.Salto/SP
E-mail:cmas.salto@salto.sp.gov.br
Tel:(11)4028.0823-Ramal: 9047
Gestão 2021

8 -Os documentos devem ser recebidos, conferidos e protocolados pela Secretária Executiva do CMAS, de segunda a sexta feira das 8h às 13h30min, no período de 01/04/2021 a 30/04/2021.

9-O prazo para entrega não será prorrogado.

10-Conforme legislação vigente, a legalidade do funcionamento das Organizações da Sociedade Civil de Assistência Social do Município de Salto, dependem de Inscrição no respectivo Conselho de Assistência Social Municipal/CMAS-Salto.

Maria Isabel de Araujo Santos
Maria Isabel de Araujo Santos
Presidente do CMAS-Salto/2021



CMAS

Conselho Municipal de Assistência Social
Av. Tranquillo Giannini nº 861-Distrito Industrial.CEP:13.329.600.Salto/SP
E-mail:cmas.salto@salto.sp.gov.br
Tel:(11)4028.0823-Ramal: 9047
Gestão 2021

ANEXO I REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

Senhor (a) Presidente do Conselho de Assistência Social de Salto.

A Organização abaixo qualificada, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer a manutenção e ou inscrição dos serviços, projetos e benefícios socioassistenciais abaixo descritos, neste Conselho.

A - Dados da Organização:

Nome da Organização; _____
CNPJ: _____
Código Nacional de Atividade Econômica Principal: _____ e
Secundário: _____
Data de inscrição no CNPJ ____/____/_____
Endereço _____ nº _____ Bairro _____
Município _____ U F _____ C E P _____
Tel. _____ Cel: _____
E-mail _____

Inscrição:

CMDCA: Nº _____ ANO: _____
CONSELHO DO IDOSO: Nº _____ ANO: _____
Outros (especificar) _____

Síntese dos serviços, ações, projetos e benefícios socioassistenciais realizados no Município de Salto (descrever todos) _____

B - Dados do Representante Legal da Organização:

Nome: _____
Endereço: _____ nº _____ Bairro _____



CMAS

Conselho Municipal de Assistência Social
Av. Tranquillo Giannini nº 861-Distrito Industrial.CEP:13.329.600.Salto/SP
E-mail:cmas.salto@salto.sp.gov.br
Tel:(11)4028.0823-Ramal: 9047
Gestão 2021

Município _____ UF _____ CEP _____

Tel: _____ Celular: _____

Email: _____

RG: _____ CPF: _____ Data nasc. ____/____/____

Escolaridade: _____

Período do Mandato: _____

C - Informações adicionais que queira contemplar:

Termos em que, pede deferimento.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do representante legal da Organização



CMAS

Conselho Municipal de Assistência Social
Av. Tranquillo Giannini nº 861-Distrito Industrial.CEP:13.329.600.Salto/SP
E-mail:cmas.salto@salto.sp.gov.br
Tel:(11)4028.0823-Ramal: 9047
Gestão 2021

ANEXO II REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

Sr.(a) Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social de Salto.

A Organização abaixo qualificada, com atuação também neste Município, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer a inscrição dos serviços, projetos e benefícios socioassistenciais abaixo descritos, neste Conselho.

A - Dados da Organização:

Nome da Organização; _____

CNPJ: _____

Código Nacional de Atividade Econômica Principal: _____ e

Secundário: _____

Data de inscrição no CNPJ ____/____/____

Endereço _____ nº _____ Bairro _____

Município _____ U F _____ C E P _____

Tel. _____ CEL: _____

E-mail _____

A Organização está inscrita no Conselho Municipal de: _____

Sob o número _____, desde ____/____/____.

Síntese dos serviços, ações, projetos e benefícios socioassistenciais realizados no Município de

_____ (descrever todos) _____



CMAS

Conselho Municipal de Assistência Social
Av. Tranquillo Giannini nº 861-Distrito Industrial.CEP:13.329.600.Salto/SP
E-mail:cmas.salto@salto.sp.gov.br
Tel:(11)4028.0823-Ramal: 9047
Gestão 2021

Relação de todos os estabelecimentos da Organização existentes com CNPJ e endereço completo:

B - Dados do Representante Legal:

Nome: _____

Endereço: _____ nº _____ Bairro: _____

Município: _____ UF _____ CEP: _____

Tel.: _____ Celular: _____

Email: _____

RG: _____ CPF: _____ Data nasc. ____/____/____

Escolaridade: _____

Período do Mandato: _____

C - Informações adicionais: _____

Termos em que, pede deferimento.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do representante legal da Organização



CMAS

Conselho Municipal de Assistência Social

Av. Tranquillo Giannini nº 861-Distrito Industrial.CEP:13.329.600.Salto/SP

E-mail:cmas.salto@salto.sp.gov.br

Tel:(11)4028.0823-Ramal: 9047

Gestão 2021

ANEXO III REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

Senhor(a) Presidente do Conselho de Assistência Social de Salto

A Organização abaixo qualificada, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer a inscrição dos serviços, projetos e benefícios socioassistenciais abaixo descritos, nesse Conselho.

A - Dados da Organização:

Nome da Organização; _____

CNPJ: _____

Código Nacional de Atividade Econômica Principal: _____ e

Secundário: _____

Data de inscrição no CNPJ ____/____/____

Endereço _____ nº _____ Bairro _____

Município _____ U F _____ C E P _____

Tel. _____ Cel: _____

E-mail _____

A Organização está inscrita no Conselho Municipal de: _____

Sob o número _____, desde ____/____/____.

Síntese dos serviços, projetos e benefícios socioassistenciais realizados no Município de: Salto
(descrever todos): _____



CMAS

Conselho Municipal de Assistência Social
Av. Tranquillo Giannini nº 861-Distrito Industrial.CEP:13.329.600.Salto/SP
E-mail:cmas.salto@salto.sp.gov.br
Tel:(11)4028.0823-Ramal: 9047
Gestão 2021

B - Dados do Representante Legal:

Nome: _____

Endereço: _____ nº _____ Bairro: _____

Município: _____ UF _____ CEP: _____

Tel.: _____ Celular: _____

Email: _____

RG: _____ CPF: _____ Data nasc. ____/____/____

Escolaridade: _____

Período do Mandato: _____

C - Informações adicionais: _____

Termos em que, pede deferimento.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do representante legal da Organização