

**Ceas - CE**Conselho Estadual de
Assistência Social do Ceará**CONSELHO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – Ceas – CE**

Endereço: Rua Jaime Benévolo, 21 – 2º Andar – Sala 001 – Centro
Fortaleza – Ceará CEP: 60.050-080 Fones (85) 98523-7649 98523-7414
E-mail: ceas@sps.ce.gov.br/ www.ceas.ce.gov.br

*31 ANOS DO Ceas-CE***CADASTRO DO MUNICÍPIO E DO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
DE _____****DADOS DO(A) PREFEITO (A) MUNICIPAL**

NOME COMPLETO DO(A) PREFEITO(A): _____

PERÍODO DE MANDATO _____ a _____

E-MAIL DO(A) PREFEITO(A): _____

TELEFONE DE CONTATO: () _____

DADOS DA PREFEITURA: ENDEREÇO DA PREFEITURA:

RUA: _____ nº _____

BAIRRO: _____ CEP: _____

CIDADE: _____ UF: CE

TELEFONE DE CONTATO: () _____

E-MAIL DA PREFEITURA: _____

DADOS DA SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

NOME COMPLETO DO(A) SECRETÁRIO(A): _____

FORMAÇÃO ACADÊMICA: _____

E-MAIL DO(A) SECRETÁRIO(A): _____

TELEFONE DE CONTATO: () _____

DADOS DA SECRETARIA: ENDEREÇO:

RUA: _____ nº _____

BAIRRO: _____ CEP: _____

CIDADE: _____ UF: CE

TELEFONE DE CONTATO: () _____

E-MAIL DA SECRETARIA: _____

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: _____

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E SECRETARIA EXECUTIVA

ENDEREÇO DO CONSELHO:

RUA: _____ nº _____

BAIRRO: _____ CEP: _____

CIDADE: _____

TELEFONE DE CONTATO () _____

E-MAIL DO CONSELHO: _____

QUANTOS PROFISSIONAIS FAZEM PARTE DA SECRETARIA EXECUTIVA DO CMAS? _____

SECRETÁRIO(A) EXECUTIVA DO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

NOME DO(A) SECRETÁRIO(A) _____

FORMAÇÃO ACADÊMICA: _____

SECRETÁRIO(A) EXCLUSIVA DO CMAS? () SIM () NÃO

SE NÃO, QUAIS OS CONSELHOS? _____

TELEFONE DE CONTATO: () _____

E-MAIL PARTICULAR: _____

ANEXO I

AINDA SOBRE O CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

| ESTRUTURA FÍSICA | |
|---|---|
| O CMAS POSSUI SEDE: | |
| <input type="checkbox"/> PRÓPRIA | <input type="checkbox"/> ALUGADA |
| <input type="checkbox"/> CEDIDA | <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ |
| POSSUI SALAS: | |
| <input type="checkbox"/> SECRETARIA EXECUTIVA | <input type="checkbox"/> SALA DE REUNIÕES PLENÁRIA |
| <input type="checkbox"/> BANHEIROS: <input type="checkbox"/> FEMININO | <input type="checkbox"/> MASCULINO |
| OBS: _____ | |
| A SECRETARIA EXECUTIVA CONTA: | |
| <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> COMPUTADOR(ES) QUANTOS? _____ |
| <input type="checkbox"/> TODOS COMPUTADOR (ES) TEM INTERNET | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> DATA SHOW | <input type="checkbox"/> NOTEBOOK |
| <input type="checkbox"/> TELEFONE | |
| <input type="checkbox"/> CARRO PARA VISITAS AS ENTIDADES E EQUIPAMENTOS PARA FISCALIZAÇÃO | |
| OBS: _____ | |
| FUNCIONAMENTO | |
| HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO CMAS: | |
| _____ DIAS POR SEMANA | |
| _____ HORAS POR DIA | |
| O CMAS CONTA COM CALENDÁRIO ANUAL DE REUNIÕES ORDINÁRIAS? | |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| O CMAS CONTA COM COMISSÕES TEMÁTICAS? | |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| QUANTAS? _____ | |
| QUAIS? _____ | |
| _____ | |
| EXISTEM INSTITUIÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS INSCRITAS NO CMAS? | |
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| QUANTAS? () | |

ANEXO II

AINDA SOBRE O CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

ESCOLHA/ ELEIÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL

ELABORAÇÃO DE EDITAL PARA HABILITAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES?

() SIM () NÃO

O MINISTÉRIO PÚBLICO PARTICIPA DO PROCESSO?

() SIM () NÃO

É O PRÓPRIO CMAS QUE REALIZA?

() SIM () NÃO

() OUTROS. QUEM? _____

NA ATUAL COMPOSIÇÃO DO CONSELHO EXISTEM:

() REPRESENTAÇÕES DE TRABALHADORES(AS). QUANTAS? _____

() REPRESENTAÇÕES DE USUÁRIOS(AS). QUANTAS? _____

() ENTIDADES E ORGANIZAÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS. QUANTAS? _____

SEGUNDO AS NORMATIZAÇÕES, O CMAS É COMPOSTO POR QUANTOS(AS) CONSELHEIROS(AS) REPRESENTANTES DO GOVERNO E SOCIEDADE CIVIL:

REPRESENTANTES DO GOVERNO

TITULARES ()

SUPLENTES ()

TOTAL ()

REPRESENTANTES DA SOCIEDADE CIVIL

TITULARES ()

SUPLENTES ()

TOTAL ()

ATÉ QUANTO MANDATO O(A) CONSELHEIRO(A) PODE FICAR NO CONSELHO?

_____ ANOS

_____ ANOS

O PERÍODO DE MANDATO DE UM COLEGIADO É DE:

_____ ANOS

ANEXO III

| COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO DO CMAS | |
|--|--|
| SOCIEDADE CIVIL: (ENVIAR RELACIONADO TODOS(AS) CONSELHEIROS(AS)): | |
| <u>USUÁRIOS(AS)</u> | |
| TITULAR: (NOME) Usuária(o) do Centro de Referência de Assistência Social do Bairro _____ | |
| SUPLENTE: (NOME) _____ Usuária(o) do Centro de Referência de Assistência Social do Bairro _____ | |
| <u>TRABALHADORES(AS) DO SUAS:</u> | |
| TITULAR: (NOME) Equipe de Referência do Centro de Referência de Assistência Social do Bairro _____ | |
| SUPLENTE: (NOME) Equipe de Referência do Centro de Referência de Assistência Social do Bairro _____ | |
| <u>ENTIDADES</u> | |
| <u>TITULAR: (NOME)</u> ENTIDADE: | |
| <u>SUPLENTE: (NOME)</u> ENTIDADE: | |
| <u>GOVERNO</u> | |
| SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL | |
| TITULAR: (NOME) SUPLENTE: (NOME) | |
| SECRETARIA DE SAÚDE | |
| TITULAR: (NOME) SUPLENTE: (NOME) | |
| SECRETARIA DE EDUCAÇÃO | |
| TITULAR: (NOME) SUPLENTE: (NOME) | |
| PERÍODO DE MANDATO: _____ a _____ | |
| MESA DIRETORA | |
| PRESIDENTE: _____ | |
| REPRESENTAÇÃO (<input type="checkbox"/>) GOVERNO (<input type="checkbox"/>) SOCIEDADE CIVIL | |
| TELEFONE DE CONTATO: (<input type="checkbox"/>) _____ | |
| E-MAIL: _____ | |
| INÍCIO DO MANDATO: ____/____/____ TERMINO: ____/____/____ | |
| VICE- PRESIDENTE: _____ | |
| REPRESENTAÇÃO (<input type="checkbox"/>) GOVERNO (<input type="checkbox"/>) SOCIEDADE CIVIL | |
| TELEFONE DE CONTATO: (<input type="checkbox"/>) _____ | |
| E-MAIL: _____ | |
| INÍCIO DO MANDATO: ____/____/____ TERMINO : ____/____/____ | |