



CONSELHO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CEAS/AP

EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 001/2021 – CEAS/AP PARA O PROCESSO ELEITORAL DA REPRESENTAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NO CONSELHO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CEAS/AP, BIÊNIO 2021/2023

O CONSELHO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CEAS/AP, de acordo com os Artigos 4º e 6º da Lei Estadual nº 0256, de 22 de dezembro de 1995, e, em atendimento ao disposto na Lei Federal nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, alterada pela Lei Federal nº 12.435, de 6 de julho de 2021, e no Art. 3º do Regimento Interno do CEAS/AP, bem como na 6ª Reunião Extraordinária, realizada no dia 09 de agosto de 2021, de acordo com as competências e atribuições e de acordo com a decisão de seu Plenário, CONVOCA as **Organizações de usuários**; as **Entidades Prestadoras de Serviços e Organizações de Assistência Social**; e **Profissionais da Área de Assistência Social** no âmbito Estadual para participarem do Pleito Eleitoral da escolha dos novos Conselheiros Estaduais da Sociedade Civil para o Biênio 2021/2023, observando as disposições Constitucionais referentes ao assunto e normas aplicáveis, sob a fiscalização do Ministério Público Estadual.

1- DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- 1.1 A Eleição dos representantes de Organizações de usuários; as Entidades Prestadoras de Serviços e Organizações de Assistência Social, Profissionais da Área de Assistência Social, Biênio 2021/2023, ocorrerá no dia **03/12/2021**, no horário das 08h30 às 12h00 no auditório da Central Única dos Trabalhadores (CUT), com a sede situada na Avenida Pe. Manuel da Nóbrega, nº 357, Bairro Lagunho, CEP nº 68908-196, nesta cidade de Macapá-AP.
- 1.2 O Processo Eletivo será regido por este Edital, visando o preenchimento de 08 (oito) vagas para as Entidades da Sociedade Civil.
- 1.3 O Processo Eletivo será composto de (02) duas Etapas: uma fase Inicial de Inscrição e a Final de Eleição mediante Votos de todas as Entidades Inscritas.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
Secretaria de Estado da Inclusão e Mobilização Social - SIMS
Conselho Estadual de Assistência Social – CEAS/AP
Av. Rio Vila Nova, nº 07, Bairro Central, CEP 68900-081

- 1.4 A Publicação do presente Edital será feita no Diário Oficial do Estado do Amapá e no site da SIMS, com caráter de Convocação Eleitoral.
- 1.5 As Organizações de usuários, as Entidades Prestadoras de Serviços e Organizações de Assistência Social, Profissionais da Área de Assistência Social Eleitos(as), exercerão mandatos de 02 (dois) anos no Conselho Estadual de Assistência Social, admitindo-se uma recondução, por igual período.

2- DAS VAGAS NO CEAS/AP

2.1 Poderão concorrer à Eleição para compor as vagas do Conselho Estadual de Assistência Social do Estado do Amapá - CEAS as Organizações de usuários, as Entidades Prestadoras de Serviços e Organizações de Assistência Social, e os Profissionais da Área de Assistência Social, conforme especificado abaixo:

2.1.1 Representantes das Organizações de Usuários: 03 (três) vagas para Titular e 03 (três) vagas para Suplente;

2.1.2 Representantes das Entidades Prestadoras de Serviços e Organizações de Assistência Social: 03 (três) vagas para Titular e 03 (três) vagas para Suplente;

2.1.3 Representantes dos Profissionais da área Assistência Social: 02 (duas) vagas Titular e 02 (duas) vagas para Suplente.

3 - Dos documentos para inscrição das entidades e/ou organizações:

3.1 Poderão habilitar-se ao Processo Eleitoral na condição de eleitoras e/ou candidatas, os representantes das Organizações de usuários, das Entidades Prestadoras de Serviços e Organizações de Assistência Social, e dos Profissionais da Área de Assistência Social, para qual será exigida documentação de acordo com as seguintes categorias:

3.1.1 – **Representantes de Organizações de usuários**, nos termos da Resolução nº 11 de setembro de 2015 do CNAS:

§ 1º Para os Representantes dos Usuários:

I - Declaração de reconhecimento de existência e atuação, expedida pelo Conselho ou Órgão Gestor da Assistência Social Municipal ou Estadual, podendo ser assinado pelo Secretário, ou pelo Coordenador da respectiva Unidade de Serviço Socioassistencial, conforme Anexo III deste Edital;



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
Secretaria de Estado da Inclusão e Mobilização Social - SIMS
Conselho Estadual de Assistência Social – CEAS/AP
Av. Rio Vila Nova, nº 07, Bairro Central, CEP 68900-081

II - Requerimento de habilitação e designação, conforme Anexo I deste Edital, devidamente assinado pelo representante legal, no qual esteja indicada a vinculação do candidato (Titular e Suplente) do segmento;

III - Cópia de documento oficial com foto da Pessoa Física a ser Eleito(a) Titular e de seu Suplente, cópia do NIS – Número de Inscrição Social – CadÚnico, cópia de comprovante de residência, Cadastro de Pessoa Física (CPF) e Comprovante de Escolaridade.

§ 2º Para Organizações de Usuários:

I - Cópia da Ata de Eleição e Posse da atual Diretoria;

II - Declaração de funcionamento, conforme Anexo II deste Edital, assinado pelo Representante legal da Entidade ou Organização;

III - Relatório de atividades 2020;

IV - Cópia do Estatuto Social ou Ato Constitutivo da Entidade ou Organização em vigor;

V - Cópia do comprovante de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ;

VI - Requerimento de Habilitação e designação, conforme Anexo I deste Edital, devidamente assinado pelo Representante legal, no qual esteja indicada a vinculação do candidato(a) (Titular e Suplente) do segmento;

VII - Cópia de documento oficial com foto da Pessoa Física a ser Eleito (a) Titular e de seu Suplente, cópia do NIS – Número de Inscrição Social – CadÚnico, Cadastro de Pessoa Física (CPF) e Comprovante de Escolaridade.

3.1.2 - Representantes das Entidades Prestadoras de Serviços e Organizações de Assistência Social, na forma do Artigo 3º da lei nº 8742 de 07 de dezembro de 1993 e Resolução dada pela Lei nº 12.435 de 2011:

I - Requerimento de habilitação e designação, conforme Anexo I deste Edital, devidamente assinado pelo Representante legal, no qual esteja indicada a vinculação do candidato(a) (Titular e Suplente) do segmento;

II – Cópia de documento oficial com foto da Pessoa Física a ser Eleito(a) Titular e de seu Suplente, cópia do NIS – Número de Inscrição Social – CadÚnico, cópia de



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
Secretaria de Estado da Inclusão e Mobilização Social - SIMS
Conselho Estadual de Assistência Social – CEAS/AP
Av. Rio Vila Nova, nº 07, Bairro Central, CEP 68900-081

comprovante de residência, Cadastro de Pessoa Física (CPF) e Comprovante de Escolaridade.

IV- Cópia da Ata de Eleição e Posse da Atual Diretoria;

V- Declaração de funcionamento, conforme Anexo II deste Edital, assinado pelo Representante legal da Entidade ou Organização, conforme modelo;

VI- Cópia do Relatório de Atividades de 2020;

VII- Cópia do Estatuto Social ou Ato Constitutivo da Entidade ou Organização em vigor;

VIII - Cópia do comprovante de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ.

3.1.3 - Representantes dos Profissionais da Área de Assistência Social, nos termos da Resolução nº 06 de 21 de maio de 2015 do CNAS:

I- Cópia da Ata de Eleição e Posse da Atual Diretoria;

II- Declaração de funcionamento, conforme Anexo II deste Edital, assinado pelo Representante legal da Entidade ou Organização;

III- Relatório de atividades 2020;

IV - Cópia do Estatuto Social ou Ato Constitutivo da Entidade ou Organização em vigor;

V- Cópia do comprovante de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ;

VI- Requerimento de Habilitação e designação, conforme Anexo I deste Edital, devidamente assinado pelo Representante legal, no qual esteja indicada a vinculação do candidato(a) Titular e Suplente do segmento;

VII - Cópia de documento oficial com foto da Pessoa Física a ser Eleito(a) Titular e de seu Suplente, cópia do NIS – Número de Inscrição Social – CadÚnico, cópia de comprovante de residência, Cadastro de Pessoa Física (CPF) e Comprovante de Escolaridade.

3.2. As Inscrições serão feitas no 3º (terceiro) Andar, sala 30 (trinta) cedida ao CEAS/AP na Secretaria de Estado de Inclusão e Mobilização Social - SIMS, situada na Avenida Rio Vila Nova, nº 07, Bairro Central, no período de **11/11/2021 a 19/11/2021**, no horário das 08h30min às 12h00. Segue em Anexo I deste Edital (Requerimento de



Habilitação e Designação), Anexo II deste Edital (Declaração de Funcionamento: segmento Entidades, Trabalhadores e Organização de Usuários) e Anexo III deste Edital (Declaração de Reconhecimento de Existência e atuação para Representante e Organização de Usuários).

4 DAS ELEIÇÕES

4.1 O processo Eletivo será coordenado pela Comissão Eleitoral constituída através da Resolução Nº 30/2021 - CEAS/AP, que após encerramento do prazo da Inscrição convocará as Entidades para a Plenária Eleitoral.

4.2 A Plenária Eleitoral será formada pelos Representantes de cada Entidade inscrita e indicada no ato da inscrição.

4.3 O processo de escolha das (08) oito Entidades da Sociedade Civil se dará por meio de Votação dos Representantes no dia **03/12/2021**, das 8h30min às 12h00 no auditório da Central Única dos Trabalhadores (CUT), com a sede situada na Avenida Pe. Manuel da Nóbrega, nº 357, Bairro Laguinho, CEP nº 68908-196, nesta cidade de Macapá-AP.

4.4 Terão assento no CEAS, as (08) oito Entidades da Sociedade Civil que receberem maior número de Votos.

5 – CALENDÁRIOS DA SELEÇÃO PÚBLICA

I – Divulgação do Edital de Convocação: **10/11/2021;**

II- Período de inscrição: **11/11/2021 a 19/11/2021;**

III - Análise dos Pleitos: **22/11/2021 a 24/11/2021;**

IV - Homologação das Inscrições: **25/11/2021;**

V - Entrada de recurso: **26/11/2021 a 29/11/2021;**

VI - Divulgação do julgamento dos recursos: **30/11/2021;**

VII – Assembleia de Eleição dos Conselheiros (as) no dia **03/12/2021**, no auditório da Central Única dos Trabalhadores (CUT), com a sede situada na Avenida Pe. Manuel da Nóbrega, nº 357, Bairro Laguinho, CEP nº 68908-196, nesta cidade de Macapá-AP.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
Secretaria de Estado da Inclusão e Mobilização Social - SIMS
Conselho Estadual de Assistência Social – CEAS/AP
Av. Rio Vila Nova, nº 07, Bairro Central, CEP 68900-081

Parágrafo único - A posse dos representantes eleitos ocorrerá no horário das 08h00 às 12h00 auditório da Central Única dos Trabalhadores (CUT), com a sede situada na Avenida Pe. Manuel da Nóbrega, nº 357, Bairro Laguinho, CEP nº 68908-196, nesta cidade de Macapá-AP, no dia **13/12/2021**.

6 – DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1 A responsabilidade pelos resultados do Processo de escolha dos Representantes das Organizações da Sociedade Civil no CEAS/AP é das Pessoas, Entidades e Organizações que desse processo tomam parte, observado o papel fiscalizador atribuído ao Ministério Público Estadual.

6.2 Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral criada para esse Pleito.

Macapá –AP, 08 de novembro de 2021.

ROCKA MARQUES KANAGUSKO
Presidente do CEAS/AP
Decreto nº 5398/2019

SIMONE ALVES DE JESUS
Presidente da Comissão Eleitoral
Resolução CEAS/AP nº 030/2021-CEAS/AP



ANEXO I

REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO E DESIGNAÇÃO

À Comissão Eleitoral

A Organização/Entidade abaixo qualificada, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer sua **HABILITAÇÃO AO PROCESSO ELEITORAL DA SOCIEDADE CIVIL NO CEAS/AP – BIÊNIO 2021/2023**.

Segmento: (Campo obrigatório. Escolha apenas uma alternativa)

- Representante ou Organização de Usuários de Assistência Social
 Entidade e Organização de Assistência Social
 Entidade e Organização de Trabalhadores do SUAS

1. Dados da Entidade/Organização:

Nome da

Entidade/Organização: _____
_____ CNPJ: _____

Presidente: _____

Endereço: _____

Telefone ou Celular: (____) _____ E-mail: _____

1.1 - Se Representante de usuários:

Nome do Serviço/Programa/ Projetos/Benefício: _____

Coordenador: _____

Endereço: _____

Telefone ou Celular: (____) _____ E-mail: _____

2. Dados do Representante Legal:

Titular

Nome: _____

Escolaridade; _____

Endereço: _____ nº _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone ou Celular: (____) _____ E-mail: _____

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

Escolaridade _____

Suplente

Nome: _____

Escolaridade; _____



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
Secretaria de Estado da Inclusão e Mobilização Social - SIMS
Conselho Estadual de Assistência Social – CEAS/AP
Av. Rio Vila Nova, nº 07, Bairro Central, CEP 68900-081

Endereço: _____ n° _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefone ou Celular: (____) _____ E-mail: _____

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

Escolaridade _____

- () Cópia do documento oficial com foto (Titular e Suplente);
- () Cópia do Comprovante de Residência (Titular e Suplente);
- () Cópia do NIS – CADÚNICO (no caso de Representantes Usuários da Política de Assistência Social)
- () Declaração de reconhecimento de existência e atuação, expedida pelo Conselho ou Órgão Gestor da Assistência Social, podendo ser assinado pelo Secretário (a) ou Coordenador CRAS, CREAS ou SCFV, dentre outros do SUAS (no caso de Representantes Usuários da Política de Assistência Social) - ANEXO III deste Edital
- () Declaração de funcionamento (no caso de Representantes de Entidade/Organização de Assistência Social, Entidade/Organização de Trabalhadores do SUAS e Entidade/Organização de Usuários do SUAS) - ANEXO II deste Edital
- () Cópia do Estatuto Social ou Ato Constitutivo da Entidade ou Organização em vigor (no caso de Representantes de Entidade/Organização de Assistência Social, Entidade/Organização de Trabalhadores do Suas e Entidade/Organização de Usuários do SUAS)
- () Cópia da Ata de Eleição e Posse da atual Diretoria (no caso de Representantes de Entidade/Organização de Assistência Social, Entidade/Organização de Trabalhadores do SUAS e Etidade/Organização de Usuários do SUAS)
- () Cópia do comprovante de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ (no caso de Representantes de Entidade/Organização de Assistência Social, Etidade/Organização de Trabalhadores do SUAS e Entidade/Organização de Usuários do SUAS)
- () Relatório de Atividades 2020 (no caso de Representantes de Entidade/Organização de Assistência Social, Entidade/Organização de Trabalhadores do SUAS e Entidade/Organização de Usuários do SUAS)

3. Informações Adicionais

Termos em que,

Pede deferimento.

Local _____ Data ____/____/____



Representante legal da Entidade/Organização

ANEXO II

DECLARAÇÃO DE FUNCIONAMENTO (Segmento Entidades, Trabalhadores e Organização de Usuários)

DECLARO, para os devidos fins, que o/a (*Nome da Entidade/Organização*)

_____,
com sede (*Endereço*) _____,
na Cidade de _____, Estado (UF) _____,
portadora do CNPJ nº _____, 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*): _____

Nº do RG: _____, CPF: _____

Endereço Residencial: _____

E-mail: _____ Contato: _____

Vice-Presidente ou cargo equivalente (*Nome Completo*):

Nº do RG: _____, CPF: _____

Endereço Residencial: _____

E-mail: _____ Contato: _____

Secretário(a) ou cargo equivalente (*Nome Completo*):

Nº do RG: _____, CPF: _____

Endereço: _____

E-mail: _____ Contato: _____

DECLARO, em complemento, que a Entidade ou Organização acima identificada
desenvolve suas atividades institucionais, há no mínimo dois anos, nas seguintes regiões
geográficas e, nos Municípios (citar): _____,
_____, _____,
_____.

(Local) _____, (Data) _____ de _____, de 2021.

(Assinatura do (a) Presidente da Entidade ou seu Representante legal)
(Identificação de quem Assina e Qualificação)



ANEXO III

DECLARAÇÃO DE RECONHECIMENTO DE EXISTÊNCIA E ATUAÇÃO (Para Representante e Organização de Usuários)

DECLARO, para os devidos fins, que o/a (*Nome do Grupo, Associação, Movimento Social, Fórum, Rede ou outras denominações 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, desde (*data de início das Atividades*) _____, sendo seus Representantes legitimados, com fundamento nas definições da **Resolução CNAS nº 11, de 23 de setembro de 2015** e documentos Constitutivos ou Relatório de reunião, pelo período de mandato de ____/____/____ a ____/____/____, composto pelos seguintes Membros:

Representante 1:

Nome completo: _____
Número do RG: _____, CPF: _____ Contato: _____
Endereço Residencial: _____
Cargo/Função/Atividade: _____

Representante 2:

Nome completo: _____
Número do RG: _____, CPF: _____ Contato: _____
Endereço Residencial: _____
Cargo/Função/Atividade: _____

Representante 3

Nome completo: _____
Número do RG: _____, CPF: _____ Contato: _____
Endereço Residencial: _____
Cargo/Função/Atividade: _____

(identificação e qualificação de quem assina)

Assinatura do (a) Presidente do Conselho Municipal/ Estadual/Distrito Federal ou Órgão Gestor da Assistência Social de Âmbito Municipal, Estadual ou do Distrito Federal ou Coordenador de CRAS ou CREAS.