

COMAS – CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (Lei Municipal nº4.480 de 11/03/1996, alterada pela Lei Municipal nº 6.285 de 11/09/2009 e Lei Municipal nº 7.280 de 09/05/2017)

EDITAL DO PROCESSO DE ELEIÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL 2022/2024

O Conselho Municipal de Assistência Social - COMAS convoca as entidades e organizações de Assistência Social, representantes de usuários/as e representantes dos trabalhadores/as na área da Assistência Social para participarem da eleição de representantes da sociedade civil para Suplência dos segmentos abaixo relacionados, para compor a gestão do COMAS vigência 2022/2024.

DA COMPOSIÇÃO

A) ENTIDADES E ORGANIZAÇÕES E/OU SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL:

01 (um) representante da área de atendimento de crianças e adolescentes - Suplência;

01 (um) representante da área de atendimento a pessoa idosa - Suplência;

03 (três) representante da área de demais segmentos não representados sendo: 01(um) titular e 02 (dois) suplência;

As entidades e organizações de Assistência Social da sociedade civil deverão estar juridicamente constituídas e em regular funcionamento, inscritas no Conselho Municipal de Assistência Social – COMAS em conformidade com a Resolução nº 02 de 25 de fevereiro de 2021, disponível no site da Prefeitura, na página do Conselho ou pelo link abaixo

<https://www.mogidascruzes.sp.gov.br/public/site/doc/2021061112202460c37f386c0b9.pdf>

B) REPRESENTANTES DE USUÁRIOS(AS):

03 (três) representante da área de Usuários(as), com capacidade civil, sendo:

01 (um) titular e 02 (dois) suplência.

Consideram-se representantes de usuários(as), pessoas vinculadas aos projetos, serviços e benefícios socioassistenciais do Sistema Único de Assistência Social-SUAS, no âmbito municipal, devidamente comprovado.

C) REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES(AS) NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL:

01 (um) representante de trabalhadores(as) na área de Assistência Social - Suplência

Considera-se representantes de trabalhadores(as) na área de assistência social, todos os trabalhadores(as) do SUAS, órgãos gestores e executores de ações, serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social, inclusive quando se tratar de consórcios públicos e entidades e organizações da Assistência Social. Ressalta-se que não devem participar na condição de representantes dos trabalhadores(as), os profissionais com cargo de direção e, ou de confiança em qualquer esfera, quanto no âmbito privado. Não se incluem nessa restrição os dirigentes de entidades e organizações de representação das categorias profissionais (previstas nas Resoluções do CNAS de nº 17/2011, nº 09/2014 e 06, de 21 de maio de 2015), que são representantes legítimos dos trabalhadores e trabalhadoras do SUAS no segmento da sociedade civil, e, portanto, podem ocupar esses espaços de representação.

DA INSCRIÇÃO

As inscrições poderão ser realizadas por:

- a) **E-mail do COMAS** – Por meio do envio da ficha de inscrição devidamente preenchida, a qual segue anexa e se constitui parte integrante deste edital, bem como o envio conjunto do arquivo da documentação solicitada no presente edital. Email: comas.semas@mogidascruzes.sp.gov.br **no período de 15 de setembro de 2023 até 29 de setembro de 2023.**
- b) **Pessoalmente** - pelo(a) interessado(a) na Casa dos Conselhos, sito à Rua Francisco Franco, nº 206 - Bairro Centro - Mogi das Cruzes/SP, no horário compreendido das 09h00 às 11h30 e 14h00 às 16h30, **no período de 27 de setembro de 2023 até 29 de setembro de 2023, conforme ficha de inscrição a ser preenchida**, a qual segue anexa e se constitui parte integrante deste edital.

I – Da inscrição dos representantes de Entidades e Organizações de Assistência Social:

Poderão se inscrever 01(um) eleitor(a) titular e respectivo suplente e 01 (um) candidato(a) por Entidade em consonância com as vagas estabelecidas nesse edital. Interessados(as) deverão apresentar a ficha de inscrição devidamente preenchida e assinada pelo candidato(a) ou eleitor(a) e pela presidência da Entidade que deverá estar juridicamente constituída e em regular funcionamento, devidamente inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social – COMAS.

II - Da inscrição dos representantes de usuários(as):

Poderão se inscrever como candidatos(as) ou eleitores(as), pessoas vinculadas aos projetos, serviços, programas e benefícios socioassistenciais do Sistema Único de Assistência Social, no âmbito municipal, devidamente comprovado.

III – Da inscrição dos representantes dos(as) trabalhadores(as) na área da Assistência Social: Poderão se inscrever como candidatos(as) ou eleitores(as), trabalhadores(as) na área de assistência social, todos os trabalhadores(as) do SUAS, órgãos gestores e executores de ações, serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social, inclusive quando se tratar de consórcios públicos e entidades e organizações da Assistência Social. Ressalta-se que não devem participar na condição de representantes dos trabalhadores(as), os profissionais com cargo de direção e, ou de confiança em qualquer esfera, quanto no âmbito privado. Não se incluem nessa restrição dirigentes de entidades e organizações de representação das categorias profissionais (previstas nas Resoluções do CNAS de nº 17/2011, nº 09/2014 e 06, de 21 de maio de 2015), que são representantes legítimos dos trabalhadores e trabalhadoras do SUAS no segmento da sociedade civil, e, portanto, podem ocupar esses espaços de representação.

DISPOSIÇÕES GERAIS

I - A ficha de inscrição encontra-se anexa ao final deste edital e também poderá ser retirada no mesmo local de inscrição.

II - Serão exigidos no ato da inscrição cópia dos seguintes documentos:

- Cédula de Identidade e/ou CPF
- Correto preenchimento da ficha de inscrição e declarações.

III - Será indeferida a inscrição caso não sejam apresentados os documentos acima mencionados, bem como o não preenchimento integral da ficha de inscrição;

IV - O exercício da função de conselheiro (a) é considerado serviço público relevante de valor social e não remunerado de acordo com a Lei Municipal nº 7.280 de 09/05/2017

V- Os candidatos(as) eleitos(as) neste processo serão nomeados(as) e tomarão posse imediatamente ao findar do processo eleitoral.

Parágrafo Único - O(a) candidato(a) inscrito no processo de Eleição dos Membros e suplentes representantes da Sociedade Civil assumem o compromisso, se eleito(a), de participar de forma assídua das reuniões do COMAS e reuniões das comissões temáticas cumprido a Lei n 7.280, de 09 de maio de 2017 no que concerne as competências do COMAS, competências e atribuições dos conselheiros

CRONOGRAMA

14/09/2023 - Publicação do edital de convocação em jornal local;

15/09/2023 a 29/09/2023 - Período para inscrição;

02/10/2023 a 04/10/2023 - Verificação das inscrições pela Comissão Eleitoral;

05/10/2023 - Publicação dos candidatos e eleitores deferidos e indeferidos;

05/10/2023 a 06/10/2023 - Prazo para recurso;

10/10/2023 – Publicação da lista de recursos deferidos e indeferidos;

16/10/2023 – Assembleia Geral - Local: Casa dos Conselhos, Prédio II - Rua: Francisco Franco, nº 206, Centro - Horário: 09h00 às 12h00

Informações: casadosconselhos.semas@mogidascruzes.sp.gov.br

Mogi das Cruzes, 14 de setembro de 2023

Comissão Organizadora



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI DAS CRUZES
Secretaria Municipal de Assistência Social
Rua: Francisco Franco, 206 - Centro – tel. 4798-6918
CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

ELEIÇÃO MEMBROS DA SOCIEDADE CIVIL – GESTÃO 2022/2024

FICHA DE INSCRIÇÃO

I – REPRESENTAÇÃO: ENTIDADES E ORGANIZAÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

SEGMENTO QUE REPRESENTA:

() Pessoa Idosa () crianças e adolescentes

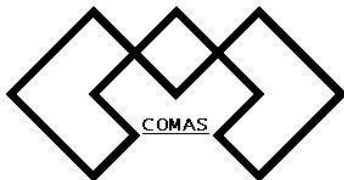
() Entidades de Assistência Social dos Demais Segmentos: _____

II – IDENTIFICAÇÃO () CANDIDATO/A () ELEITOR/A () SUPLENTE

Nome:		
RG:	CPF:	Data Nascimento:
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	CEP:
Telefone fixo:	Celular:	E-mail:
Tipo de vínculo institucional:		

III – IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE

Nome da Entidade:		
Nº de Registro no COMAS:		
CNPJ:		
Endereço:		
Telefone fixo:	Fax:	E-mail:
Nome do Presidente da Entidade:		
Assinatura do candidato((a)/eleitor(a):		
Assinatura do presidente da Entidade:		
Carimbo da Entidade:		
Data ___/___/___		



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI DAS CRUZES
Secretaria Municipal de Assistência Social
Rua: Francisco Franco, 206 - Centro – tel. 4798-6918
CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

ELEIÇÃO MEMBROS DA SOCIEDADE CIVIL – GESTÃO 2022/2024

FICHA DE INSCRIÇÃO

I – REPRESENTAÇÃO: REPRESENTANTES DE USUÁRIOS

II – IDENTIFICAÇÃO () CANDIDATO/A () ELEITOR/A

Nome:		
RG:	CPF:	D.N.:
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	CEP:
Telefone fixo:	Celular:	E-mail:
Qual projeto, programa, serviços e benefícios socioassistenciais está vinculado?		
Especificar número de documento se houver:		
Tempo do vínculo:		
Data ___/___/___		

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro para fins de participação no processo eleitoral da escolha dos membros da sociedade civil do Conselho Municipal de Assistência Social – COMAS que Sr.(a) _____ RG. _____ CPF. _____, é Usuário (a) dos serviços socioassistenciais ofertados pela Entidade ou Órgão _____, localizada à Rua _____.

Assinatura do representante Legal da Entidade _____

RG. _____
CPF: _____
Tel: _____

Data: ___/___/___



PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI DAS CRUZES
Secretaria Municipal de Assistência Social
Rua: Francisco Franco, 206 - Centro – tel. 4798-6918
CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

ELEIÇÃO MEMBROS DA SOCIEDADE CIVIL – GESTÃO 2022/2024

FICHA DE INSCRIÇÃO

I – REPRESENTAÇÃO: REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, CONFORME EDITAL E RESOLUÇÃO CNAS Nº 17/2011, Nº 09/2014 E Nº 06/2015

CATEGORIA PROFISSIONAL QUE REPRESENTA:

II – IDENTIFICAÇÃO () CANDIDATO/A () ELEITOR/A

Nome

RG

CPF:

D.N

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CEP:

Telefone fixo

Celular

e-mail:

Especificar número de documento da categoria profissional (se houver):

Tempo de atuação na Política de Assistência Social:

Assinatura do candidato(a)/eleitor(a): _____

MC. ___/___/___

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro para

fins de participação no processo eleitoral da escolha dos membros da sociedade civil do

Conselho Municipal de Assistência Social – COMAS que Sr.(a) _____

_____ RG. _____ CPF. _____, atua

institucionalmente na Política de Assistência Social, não exercendo cargo de direção ou de confiança desta Entidade.

Assinatura do superior imediato / representante legal: _____

RG. _____

CPF: _____

Tel.: _____

Data: ___/___/___