**Prazo de inscrição:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Instancia**  | **Prazo para entrega de documentos**  |
| **CEAS Bahia** | **20/11/2020** |

**Forma de entrega dos documentos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Instancia**  | **E-mail**  | **Endereço** |
| **CEAS Bahia** | **ceasbahia2020@gmail.com** | Secretaria de Justiça Direitos Humanos e Desenvolvimento Social, Aos cuidados da Comissão Eleitoral do Conselho Estadual de Assistência Social - CEAS Assunto: “Processo eleitoral do CEAS 2020” 3ª Avenida, Plataforma 4, nº 390, 1º andar - Centro Administrativo da Bahia – CAB CEP: 41.745-005 – Salvador –BANo protocolo |

**ANEXO**S **CEAS**

Os anexos do edital de eleição estão disponíveis em Word para facilitar o preenchimento, a organização tem autonomia na organização dos seus documentos desde que possuam as informações solicitadas para o processo eleitoral.

**ANEXO I - REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO**

**(Entidades, Trabalhadores/as e Usuários usuários/as)**

**ANEXO II - DECLARAÇÃO DE FUNCIONAMENTO**

**(Entidade, Trabalhadores/as e Usuários/as)**

**ANEXO III - DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO E ATUAÇÃO**

**(Para Representantes de Usuários/as)**

**ANEXO I**

**REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO**

À Comissão Eleitoral,

Fundamentado nos dispositivos da Resolução CEAS nº 26 de outubro de 2020, venho pelo

presente requerer **HABILITAÇÃO AO PROCESSO ELEITORAL DA SOCIEDADE CIVIL NO**

**CEAS – GESTÃO 2020-2022**.

Nome da Entidade / Organização / Representação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Presidente/Representante legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Referência para contatos: (nome e qualificação)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Habilitação:**

Condição: (Campo obrigatório. Escolha **apenas uma** alternativa)

( ) Eleitora

( ) Candidata

**Segmento:** (Campo obrigatório. Escolha **apenas uma** alternativa)

( ) Entidade e organização de Assistência Social

( ) Representante ou organização de usuários/as de Assistência Social

( ) Entidade e organização de Trabalhadores/as do SUAS

***Representante:***

Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão expedidor : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data de Nascimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço Residencial:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro que a pessoa designada representante participa das atividades desta entidade /

organização / movimento / fórum / associação / grupo na qualidade de:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(esclarecer vínculo)

Data\_\_\_\_\_\_de novembro de 2020

.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(assinatura do/a Presidente ou seu representante legal)

(identificação e qualificação de quem assina o documento)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da pessoa designada representante

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE FUNCIONAMENTO**

**(Segmento Entidade e organização de assistência social, entidade e organização de**

**trabalhadores do SUAS e organização de usuários/as)**

DECLARO, para os devidos fins, que o/a ..........................................................................................................., com sede (endereço)

..........................................................................................................., na cidade de (nome do Município) ...................., BA 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão expedidor:\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF (obrigatório): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço Residencial:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vice-presidente ou cargo equivalente

Nome completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N.º do RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Órgão expedidor:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço Residencial:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DECLARO, em complemento, que a entidade ou organização acima identificada desenvolve suas atividades institucionais, há no mínimo \_\_\_\_ anos, no (s) seguinte (s) município (s):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Local\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de 2020.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(assinatura do/a Presidente da Entidade ou seu Representante legal)

**ANEXO III**

**DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO E ATUAÇÃO**

**(Para Representantes de Usuários/as)**

DECLARO, para os devidos fins, que o/a (nome do grupo, movimento social, fórum, ou outras

denominações de representação de usuário da política de assistência social)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

com sede (endereço)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,na

cidade de (nome do Município)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Bahia, 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 ........./........./......... à ......../........./........., composto pelos seguintes membros:

Representante 1:

Nome completo: ...........................................................................................................................

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

CPF: .............................................

Endereço Residencial: ...................................................................................................................

Bairro......................................................... Município.......................................... UF:...................

Representante 2:

Nome completo: ...........................................................................................................................

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

CPF: .............................................

Endereço Residencial: ...................................................................................................................

Bairro......................................................... Município.......................................... UF:...................

Local\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , de 2020.

(identificação de quem assina e qualificação)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) Presidente do Conselho Municipal ou órgão gestor da assistência social de

âmbito municipal ou coordenador de CRAS ou CREAS, Ministério Público ou Defensoria

Pública.