



CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

LEI MUNICIPAL N.º 958 DE 10/03/95

ANEXO I

Requerimento de Inscrição

Senhor(a) Presidente do Conselho de Assistência Social de Janaúba – MG.

A entidade abaixo qualificada, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer sua inscrição neste Conselho.

A - Dados da Entidade:

Nome da Entidade: _____ CNPJ: _____

Código Nacional de Atividade Econômica Principal e Secundário: _____

Data de inscrição no CNPJ ____/____/____ Endereço: _____ nº: _____ Bairro: _____

_____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Tel.: _____ E-mail: _____

Atividade Principal: _____

Inscrição:

CONSEA: _____ CMDCA: _____

CONSELHO DO IDOSO: _____ Outros (especificar): _____

Síntese dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais realizados no município (descrever todos): _____

Relação de todos os estabelecimentos da entidade (CNPJ e endereço

completo): _____

B - Dados do Representante Legal:

Nome: _____ Data nasc.: ____/____/____

Endereço: _____ nº _____ Bairro: _____

Município: _____ UF: _____ CEP: _____ Período do Mandato: ____/____/____

Tel. celular: _____ E-mail: _____

CPF: _____ RG: _____ Escolaridade: _____

C - Informações adicionais:

Termos em que,

Pede deferimento.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do representante legal da entidade



CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

LEI MUNICIPAL N.º 958 DE 10/03/95

ANEXO II

Requerimento de Inscrição

Senhor(a) Presidente do Conselho de Assistência Social de Janaúba – MG.

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

A - Dados da Entidade:

Nome da Entidade: _____ CNPJ: _____

Código Nacional de Atividade Econômica Principal e Secundário: _____

Data de inscrição no CNPJ ____/____/____ Endereço: _____ nº: ____ Bairro: _____

____ Município: _____ UF: ____ CEP: _____

Tel.: _____ E-mail: _____

A entidade está inscrita no Conselho Municipal de _____, sob o número _____, desde ____/____/____.

Síntese dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais realizados no município (descrever todos):

B - Dados do Representante Legal:

Nome: _____ Data nasc.: ____/____/____

Endereço: _____ nº ____ Bairro: _____

Município: _____ UF: ____ CEP: _____ Período do Mandato: ____/____/____

Tel. celular: _____ E-mail: _____

CPF: _____ RG: _____ Escolaridade: _____

C - Informações adicionais:

Termos em que,
Pede deferimento.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do representante legal da entidade



CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

LEI MUNICIPAL N.º 958 DE 10/03/95

ANEXO III

Requerimento de Inscrição

Senhor(a) Presidente do Conselho de Assistência Social de Janaúba – MG.

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

A - Dados da Entidade:

Nome da Entidade: _____ CNPJ: _____

Código Nacional de Atividade Econômica Principal e Secundário: _____

Data de inscrição no CNPJ ____/____/____ Endereço: _____ nº: ____ Bairro: _____

____ Município: _____ UF: ____ CEP: _____

Tel.: _____ E-mail: _____

Atividade Principal: _____

Síntese dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais realizados no município (descrever todos): _____

B - Dados do Representante Legal:

Nome: _____ Data nasc.: ____/____/____

Endereço: _____ nº ____ Bairro: _____

Município: _____ UF: ____ CEP: _____ Período do Mandato: ____/____/____

Tel. celular: _____ E-mail: _____

CPF: _____ RG: _____ Escolaridade: _____

C - Informações adicionais:

Termos em que,
Pede deferimento.

Local _____ Data ____/____/____

Assinatura do representante legal da entidade



CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CMAS

ANEXO V

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO DE

() Serviços

() Programas

() Projetos

() Benefícios socioassistenciais

Conselho Municipal de Assistência Social de Janaúba – MG

INSCRIÇÃO Nº _____

O(s) seguinte(s) serviço(s) socioassistencial(is) (listar todos, constando os respectivos endereços de funcionamento), caso esses sejam desenvolvidos em mais de um endereço no mesmo município.

O(s) seguinte(s) programa(s) socioassistencial(is) (listar todos, constando os respectivos endereços de funcionamento), caso esses sejam desenvolvidos em mais de um endereço no mesmo município.

O(s) seguinte(s) projeto(s) socioassistencial(is) (listar todos, constando os respectivos endereços de funcionamento), caso esses sejam desenvolvidos em mais de um endereço no mesmo município.



O(s) seguinte(s) benefício(s) socioassistencial(is) (listar todos, constando os respectivos endereços de funcionamento), caso esses sejam desenvolvidos em mais de um endereço no mesmo município.

Estes são/serão executados pela entidade _____, CNPJ _____, com sede em _____ (município/estado) _____ e encontram-se em acordo com as normativas vigentes, dentre elas, a Resolução CNAS nº 14/2014.

Local _____ Data ____ / ____ / ____

Nome

Presidente do CMAS de Janaúba – MG

(período de gestão de _____ a _____)