



CMASGyn



Conselho Municipal de Assistência Social de Goiânia

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE ENTIDADE

Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social de Goiânia, Sr. (a).

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

A – Dados da Entidade:

Nome da Entidade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ **CEP:** _____

Telefone: _____ **Whatsapp Institucional:** _____

Início de Funcionamento: _____

CNPJ: _____

Código e Descrição da Natureza Jurídica: _____

Código e Descrição da Atividade Principal.: _____

Código e Descrição das Atividade Econômicas Secundárias.: _____

E-mail da Instituição: _____

Citar os conselhos de direito que a Instituição se encontra Inscrita.:

Assinalar os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais ofertados pela entidade social em Goiânia.

Proteção Social Básica	1. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos () 2. Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas. ()
-------------------------------	--

Resolução CNAS nº 109/2009, que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais

**CMASGyn****Conselho Municipal de Assistência Social de Goiânia**

Proteção Social Especial	Média Complexidade	1. Serviço Especializado em Abordagem Social () 2. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias ()
---------------------------------	---------------------------	--

Resolução CNAS nº 109/2009, que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais

Proteção Social Especial	Alta Complexidade	1 Serviço de Acolhimento Institucional () a) Para Pessoa Idosa () () Casa-lar () Abrigo Institucional – Instituição de Longa Permanência para Pessoa Idosa – ILPI)
		b) Para criança e adolescente () () Casa-Lar () Abrigo Institucional
		c) Para adultos e famílias () Abrigo Institucional () Casa de Passagem
		d) Para Mulheres em Situação de Violência () () Abrigo Institucional
		e) Para Jovens e Adultos Com Deficiência () () Residências Inclusivas
		2. Serviço de Acolhimento em República () () Para jovens () Para Adultos em Processo de Situação de Rua () Para Pessoa Idosa

Resolução CNAS nº 109/2009, que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais

**CMASGyn****Conselho Municipal de Assistência Social de Goiânia**

Descrição	Defina sua execução
Assessoramento	() Serviço () Programa () Projeto
Defesa e Garantia de Direitos	() Serviço () Programa () Projeto

Resolução CNAS 182/2025

PROGRAMA
Programa de Integração ao Mundo do Trabalho ()
Programa de Habilitação e Reabilitação da pessoa com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária no campo da assistência social ()
Benefícios Socioassistenciais ()

*Resolução CNAS 33/2011 e a Nota Técnica nº 02/2017; Resolução CNAS 34/2011. Lei nº 12.435/2011***Relação de todos os estabelecimentos da entidade (CNPJ e endereço completo)**

Serviço/Programa/Projetos/Benefícios	Nome Unidade Executora	CNPJ e Endereço.:

Síntese dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais realizados.:

Rua B, Quadra E, Lote 13, Nº 56, Vila Viana. Goiânia – Goiás CEP 74635-110

Fone – 3524 5026

E-mail cmasgyn@gmail.com



CMASGyn



Conselho Municipal de Assistência Social de Goiânia

B- Dados do Representante Legal.:

Responsável Legal: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Telefone Celular: _____ Telefone Recado.: _____

E-mail: _____

Data de Nascimento: _____

Ocupação Principal (Profissão): _____

Duração do Mandato: _____

Nº CI: _____ Nº CPF: _____

C – Informações Adicionais:

Pede o deferimento da solicitação.

Goiânia, ____/____/____

Carimbo e Assinatura do Representante Legal

Carimbo e Assinatura do Técnico Responsável

Rua B, Quadra E, Lote 13, Nº 56, Vila Viana. Goiânia – Goiás CEP 74635-110

Fone – 3524 5026

E-mail cmasgyn@gmail.com