

## ANEXO I

### REQUERIMENTO/QUESTIONÁRIO(ORGANIZAÇÕES GOVERNAMENTAIS)

☐ Inscrição de Programas.

☐ Renovação de inscrição de Programas.

Senhor(a) **Presidente do CMDCA**

A \_\_\_\_\_ organização \_\_\_\_\_ governamental denominada

\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ \_\_\_\_\_ sob o nº

\_\_\_\_\_, representada legalmente por

\_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº

\_\_\_\_\_ firma o presente requerimento, anexando os documentos relacionados na

Resolução nº \_\_\_\_\_ do CMDCA, estando ciente que a Inscrição de Programas, a

Renovação e a expedição do Certificado de Inscrição, bem como a sua renovação, ocorrerá após

análise dos documentos, visita e elaboração de Parecer, confirmando que a entidade governamental

atende aos princípios previstos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Data

Assinatura

# QUESTIONÁRIO CMDCA

## I –INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO:

|                                           |                 |                    |
|-------------------------------------------|-----------------|--------------------|
| 01–Nome da Organização Governamental:     |                 |                    |
|                                           |                 |                    |
| 02–Endereço da Organização Governamental: |                 |                    |
|                                           |                 |                    |
| 03 – Bairro:                              | 04 – Município: | 05 –UF:            |
|                                           |                 |                    |
| 06– CEP:                                  |                 | 07 – DDD–Telefone: |
|                                           |                 |                    |
| 08 – FAX:                                 | 09 –E-MAIL:     | 10-CNPJ:           |
|                                           |                 |                    |

|                                                           |                                                      |  |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--|
|                                                           |                                                      |  |
| 11–Data de Fundação:                                      | 12–N.º de Inscrição no CMDCA (se já tiver Registro): |  |
| 13–Informar se teve alguma denominação ou se de anterior: |                                                      |  |

## II – INFORMAÇÕES DO DIRIGENTE DA INSTITUIÇÃO:

|                                               |              |                                           |              |
|-----------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|--------------|
| 01–Nome completo do Dirigente da Instituição: |              |                                           |              |
| 02 –Endereço Residencial:                     |              |                                           |              |
| 03– CEP:                                      | 04– Cidade:  | 05 – UF:                                  | 06–Telefone: |
| 07– N.º do RG:                                | 08– N.º CPF: | 09– Período do Mandato:<br>____/____/____ |              |

## III – OBJETIVOS:

|                                                              |                                   |                                |                                  |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 01–Atividade principal: (assinalar com “x” apenas uma opção) |                                   |                                |                                  |
| <input type="checkbox"/> Assistência Social                  | <input type="checkbox"/> Educação | <input type="checkbox"/> Saúde | <input type="checkbox"/> Cultura |

## IV – INFORMAR O PROGRAMA DESENVOLVIDO CONFORME ARTIGO 90 DA LEI Nº 8.069/90:

|  |
|--|
|  |
|--|

## ANEXO II

### REQUERIMENTO/QUESTIONÁRIO (ORGANIZAÇÕES CIVIS SEM FINS LUCRATIVOS)

(     ) Registro de entidade de atendimento à Criança e Adolescente.

(     ) Renovação de inscrição de Programas e Projetos de atendimento a Criança e Adolescente de entidade já Registrada.

Senhor(a) **Presidente do CMDCA**

A \_\_\_\_\_ entidade \_\_\_\_\_ denominada \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, representada legalmente por \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma o presente requerimento, anexando os documentos relacionados na Resolução nº \_\_\_\_\_ do CMDCA, estando ciente que o devido

Registro, a Inscrição de Programas e Projetos, a Renovação e a expedição do Certificado de Registro e Inscrição, bem como a sua renovação, ocorrerá após análise dos documentos, visita e elaboração de Parecer, confirmando que a entidade atende aos princípios previstos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

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

Data

Assinatura

# QUESTIONÁRIO CMDCA

## I –INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO:

|                                                           |                                                    |                    |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------|
| 01– Nome da Organização:                                  |                                                    |                    |
|                                                           |                                                    |                    |
| 02 –Endereço da Organização:                              |                                                    |                    |
|                                                           |                                                    |                    |
| 03 – Bairro:                                              | 04 – Município:                                    | 05 –UF:            |
|                                                           |                                                    |                    |
| 06– CEP:                                                  |                                                    | 07 – DDD–Telefone: |
|                                                           |                                                    |                    |
| 08 – FAX:                                                 | 09 –E-MAIL:                                        | 10-CNPJ:           |
|                                                           |                                                    |                    |
| 11–Data de Fundação:                                      | 12–N.º de Registro no CMDCA(se já tiver Registro): |                    |
|                                                           |                                                    |                    |
| 13–Informar se teve alguma denominação ou se de anterior: |                                                    |                    |
|                                                           |                                                    |                    |

## II –INFORMAÇÕES DO DIRIGENTE DA INSTITUIÇÃO:

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| 01–Nome completo do Dirigente da Instituição: |
|                                               |
| 02 –Endereço Residencial:                     |
|                                               |

|               |             |                         |              |
|---------------|-------------|-------------------------|--------------|
| 03- CEP:      | 04- Cidade: | 05 - UF:                | 06-Telefone: |
|               |             |                         |              |
| 07- N.ºdo RG: | 08- N.ºCPF: | 09- Período do Mandato: |              |
|               |             | ____/____/____          |              |

### III –OBJETIVOS ESTATUTÁRIOS:

|                                                             |                                   |                                |                                  |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| 01-Atividade principal:(assinalar com “x” apenas uma opção) |                                   |                                |                                  |
| <input type="checkbox"/> Assistência Social                 | <input type="checkbox"/> Educação | <input type="checkbox"/> Saúde | <input type="checkbox"/> Cultura |

**IV –INFORMAÇÕES SOBRE O ESTATUTO (DEVE CONTER DE FORMA EXPRESSA):**

a) “Os objetivos são voltados à promoção de atividade se finalidades de relevância pública e social”  
( )SIM– encontra-se no art.....( )não consta esta redação em nosso Estatuto

b) “que destinará em caso de dissolução ou extinção,o eventual patrimônio social remanescente para a Organização congênere e,em sua falta,para entidade pública.”  
( )SIM– encontra-se no art.....( )não consta esta redação em nosso Estatuto

**V –IDENTIFICAÇÃO DOS MEMBROS DA DIRETORIA:**

| Nome  | Cargo | Mandato |
|-------|-------|---------|
| ..... | ..... | .....   |
| ..... | ..... | .....   |
| ..... | ..... | .....   |
| ..... | ..... | .....   |
| ..... | ..... | .....   |
| ..... | ..... | .....   |

**VI –RELACIONAR OS ESTABELECIMENTOS(Sede e Filiais)E AS ENTIDADES COM PERSONALIDADE JURÍDICA PRÓPRIA MANTIDA PELA REQUERENTE.(Se houver).**

Nome:

Endereço:

Cidade/UF:

CNPJ:

**Observação:** Caso o espaço acima não seja suficiente, solicitamos apresentar relação, em separado, contendo as mesmas informações do quadro acima.

## **VII – INFORMAR O PROGRAMA DESENVOLVIDO PELA ENTIDADE CONFORME ARTIGO**

**90DALEINº8.069/90:**

|             |                                          |
|-------------|------------------------------------------|
| <b>I</b>    | ( ) orientação e apoio sociofamiliar;    |
| <b>II</b>   | ( ) apoio socioeducativo em meio aberto; |
| <b>III</b>  | ( ) colocação familiar;                  |
| <b>IV</b>   | ( ) acolhimento institucional;           |
| <b>V</b>    | ( ) prestação de serviços à comunidade;  |
| <b>VI</b>   | ( ) liberdade assistida;                 |
| <b>VII</b>  | ( ) semiliberdade;                       |
| <b>VIII</b> | ( ) internação.                          |
| <b>IX</b>   | ( ) programa de aprendizagem             |

## ANEXO III

### MODELO-DECLARAÇÃO DE FUNCIONAMENTO

**DECLARO**, para os devidos fins, que a.....(nomeda instituição)....., com sede .....(endereço) .....na cidade de , Estado de Minas Gerais, inscrita no CNPJ (antigo CGC) n.º ..... , está em pleno e Regular funcionamento, desde.....(data de fundação) ..... , cumprindo suas finalidades estatutárias, sendo a sua Diretoria atual, com mandato de...../...../.....a...../...../..... , constituída dos seguintes membros:

#### Presidente:

Nome completo:....., N.º do RG: ..... , Órgão expedidor: ..... , Data Expedição ...../...../....., CPF:....., Data de Nascimento ...../...../....., Profissão:.....  
Endereço Residencial:.....  
Cidade:....., UF:....., CEP: .....  
E-mail:.....

#### Vice-presidente:

Nome completo:....., N.º do RG: ..... , Órgão expedidor: ..... , Data Expedição ...../...../....., CPF:....., Data de Nascimento ...../...../....., Profissão:.....  
Endereço Residencial:.....  
Cidade:....., UF:....., CEP: ..... E-mail:.....

#### Secretário:

Nome completo:....., N.º do RG: ..... , Órgão expedidor: ..... , Data Expedição ...../...../....., CPF:....., Data de Nascimento ...../...../....., Profissão:.....  
Endereço Residencial:.....  
Cidade:....., UF:....., CEP:.....

#### Tesoureiro:

Nome completo:....., N.º do RG: ..... , Órgão expedidor: ..... , Data Expedição ...../...../....., CPF:....., Data de Nascimento ...../...../....., Profissão:.....  
Endereço Residencial:.....  
Cidade:....., UF:....., CEP:.....

**DECLARO**, sob as penas do art. 299 do Código Penal, que a entidade acima identificada não remunera os membros de sua Diretoria pelo exercício específico de suas funções, não distribui resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcela do seu patrimônio, sob nenhuma forma, e aplica as subvenções e doações recebidas nas finalidades a que está vinculada.

..... de..... de.....

.....

(assinatura do Presidente da Entidade)

(qualificação de quem assina)

## ANEXOIV

**REQUERIMENTO/QUESTIONÁRIO(ORGANIZAÇÕES DE DIREITO PRIVADO)**

( ) Registro de entidade de atendimento à Criança e Adolescente.

( ) Renovação de inscrição de Programas e Projetos de atendimento a Criança e Adolescente de entidade já Registrada.

**Senhor(a)Presidente do CMDCA**

A \_\_\_\_\_ entidade \_\_\_\_\_ denominada \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, representada legalmente por \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_.

Firma o presente requerimento, anexando os documentos relacionados na

\_\_\_\_\_Firma o presente requerimento,anexando os documentos relacionados na  
Resolução nº \_\_\_\_\_do CMDCA , estando ciente que o devido  
Registro, aInscrição de Programas e Projetos, a Renovação e a expedição do Certificado de Registro  
e Inscrição,bem como a sua renovação,ocorrerá após análise dos documentos,visita e elaboração de  
Parecer, confirmando que a entidade atende aos princípios previstos pelo Estatuto da Criança e do  
Adolescente – ECA.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Data

Assinatura

# QUESTIONÁRIO CMDCA

## I –INFORMAÇÕES DA INSTITUIÇÃO:

|                                                           |                                                    |                    |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------|
| 01– Nome da Instituição:                                  |                                                    |                    |
|                                                           |                                                    |                    |
| 02 –Endereço da Instituição:                              |                                                    |                    |
|                                                           |                                                    |                    |
| 03 – Bairro:                                              | 04 – Município:                                    | 05 –UF:            |
|                                                           |                                                    |                    |
| 06– CEP:                                                  |                                                    | 07 – DDD–Telefone: |
|                                                           |                                                    |                    |
| 08 – FAX:                                                 | 09 –E-MAIL:                                        | 10-CNPJ:           |
|                                                           |                                                    |                    |
| 11–Data de Fundação:                                      | 12–N.º de Registro no CMDCA(se já tiver Registro): |                    |
|                                                           |                                                    |                    |
| 13–Informar se teve alguma denominação ou se de anterior: |                                                    |                    |
|                                                           |                                                    |                    |

## II –INFORMAÇÕES DO DIRIGENTE DA INSTITUIÇÃO:

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| 01–Nome completo do Dirigente da Instituição: |
|                                               |

|                           |                     |          |              |
|---------------------------|---------------------|----------|--------------|
| 02 –Endereço Residencial: |                     |          |              |
|                           |                     |          |              |
| 03– CEP:                  | 04– Cidade:         | 05 – UF: | 06–Telefone: |
|                           |                     |          |              |
| 07– N.ºdo RG:             | 08 – N.º CPF: _____ |          |              |
|                           |                     |          |              |

### III –OBJETIVOSDAORGANIZAÇÃO:

01–Atividade principal:(assinalar com“x” apenas uma opção)

|                                             |                                   |                                |                                  |
|---------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assistência Social | <input type="checkbox"/> Educação | <input type="checkbox"/> Saúde | <input type="checkbox"/> Cultura |
|---------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|

**IV –RELACIONAR OS ESTABELECIMENTOS(Sede e Filiais).**

Nome:

Endereço:

Cidade/UF:

CNPJ:

**Observação:**

Caso o espaço acima não seja suficiente,solicitamos apresentar relação,em separado,contendo as mesmas informações do quadro acima.

**V –INFORMAR O PROGRAMA DESENVOLVIDO PELA ENTIDADE CONFORME  
ARTIGO 90 DA LEI Nº 8.069/90:**

|             |                                                              |
|-------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>I</b>    | <input type="checkbox"/> orientação e apoio sócio-familiar   |
| <b>II</b>   | <input type="checkbox"/> apoio socioeducativo em meio aberto |
| <b>III</b>  | <input type="checkbox"/> colocação familiar                  |
| <b>IV</b>   | <input type="checkbox"/> acolhimento institucional;          |
| <b>V</b>    | <input type="checkbox"/> prestação de serviços à comunidade; |
| <b>VI</b>   | <input type="checkbox"/> liberdade assistida;                |
| <b>VII</b>  | <input type="checkbox"/> semiliberdade;                      |
| <b>VIII</b> | <input type="checkbox"/> internação.                         |
| <b>IX</b>   | <input type="checkbox"/> programa de aprendizagem            |

## MODELO DE DECLARAÇÃO DE FUNCIONAMENTO

|                                                                            |      |    |         |       |     |
|----------------------------------------------------------------------------|------|----|---------|-------|-----|
| <b>DECLARO,</b>                                                            | para | os | devidos | fins, | que |
| a.....(nomeda instituição), com                                            |      |    |         |       |     |
| sedena.....                                                                |      |    |         |       |     |
| (endereço), no município de , Estado de Minas Gerais, inscrita no CNPJ n.º |      |    |         |       |     |
| ....., está em pleno e regular funcionamento, desde ____/____/____ (data   |      |    |         |       |     |
| de fundação), cumprindo suas finalidades jurídicas, sendo dirigida         |      |    |         |       |     |
| por.....:                                                                  |      |    |         |       |     |
| <b>Dirigente:</b>                                                          |      |    |         |       |     |
| Nome completo:....., N.º do RG:.....,                                      |      |    |         |       |     |
| Órgão expedidor:....., Data Expedição...../...../....., CPF:.....,         |      |    |         |       |     |
| Data de Nascimento ...../...../.....,                                      |      |    |         |       |     |
| Profissão:.....                                                            |      |    |         |       |     |
| Endereço Residencial:.....                                                 |      |    |         |       |     |
| Cidade:....., UF:..... CEP: .....                                          |      |    |         |       |     |
| E-mail:.....                                                               |      |    |         |       |     |
| ..... de..... de .....                                                     |      |    |         |       |     |
| .....                                                                      |      |    |         |       |     |
| (assinatura do Dirigente da Entidade)                                      |      |    |         |       |     |

## **MODELO DE PLANO DE AÇÃO–ANO EM CURSO**

\* Título

\* Introdução(Histórico –origem da entidade,filosofia do trabalho)\*Justificativas(O  
porquê do trabalho que pretendo desenvolver).

\* Objetivos(geral e específicos)

\* Programa Desenvolvido(conforme Artigo 90 ECA)

\*Público alvo

\* Recursos Humanos

\*RecursosFinanceirosaseremgastos

\* Ações desenvolvidas(projeto,programas e serviços prestados e estratégias de  
execução das ações, incluindo ações a serem desenvolvidas)

\* Metodologia de Trabalho(especificar como as ações são desenvolvidas).

\* Metas a serem alcançadas no ano(programas,projetos e ações a serem  
desenvolvidas)

\* Resultados esperados

**Técnico e Presidente**

## **MODELO DE PROPOSTA DO RELATÓRIO DE ATIVIDADES**

\* Título

\* Introdução(Histórico –origem da entidade, filosofia do trabalho)\*Justificativas(O porquê do trabalho que pretendo desenvolver).

\* Objetivos(geral e específicos)

\* Programa Desenvolvido(conforme Artigo 90 ECA)

\*Público atendido

\* Recursos Humanos envolvidos no desenvolvimento dos programas

\*Recursos Financeiros que foram utilizados

\* Ações desenvolvidas(projeto, programas e serviços prestados e estratégias de execução das ações, incluindo ações desenvolvidas)

\* Metodologia de Trabalho(especificar como as ações foram desenvolvidas).

\* Metas alcançadas no ano(programas, projetos e ações a serem desenvolvidos)\*

Resultados alcançados

**Técnico e Presidente**

**CERTIFICADO DE INSCRIÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**CERTIFICADO DE INSCRIÇÃO Nº \_\_\_\_\_**

Certificamos que a Organização da Sociedade Civil

\_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº

\_\_\_\_\_, localizada à \_\_\_\_\_

Representada legalmente pelo(a) seu(a) Representante

\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ e CPF nº \_\_\_\_\_

desenvolve o(s) Programa(s)

de

\_\_\_\_\_ conforme disposto no ECA. A entidade está inscrita neste Conselho desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

A entidade acima citada foi registrada como (marcar um X):

( ) entidade civil sem fins lucrativos ( ) entidade pública e governamental ( ) entidade civil de Direito Privado

Este Certificado é válido por 02 (dois) anos.,

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Presidente do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente

