

ANEXO I

TERMO DE HABILITAÇÃO

Gestão Inicial do Sistema Municipal de Assistência Social

Município: _____	UF: _____
Prefeito Municipal: _____	
Secretário Municipal de Assistência Social (ou congêneres): _____	
Endereço da SMAS: _____	
Cep: _____	Tel: () _____ Fax: () _____
E-mail: _____	

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO		
	SIM	NÃO
Conselho Municipal de Assistência Social		
▪ Lei de Criação do CMAS. Data / /	()	()
▪ Ata das 3 últimas reuniões do CMAS	()	()
▪ Publicação de nomeação da atual composição do CMAS. Data / /	()	()
▪ Ata da reunião do CMAS que aprova o pleito de habilitação. Data / /	()	()
Fundo Municipal de Assistência Social		
▪ Ato legal de criação do FMAS. Data / /	()	()
Alocação no FMAS e execução de recursos financeiros próprios na Assistência Social		
▪ Lei Orçamentária Anual /LOA	()	()
Plano Municipal de Assistência Social		
▪ PMAS com programação física e financeira atualizada	()	()
▪ Ato do CMAS que aprova o Plano. Data / /	()	()
Formalização do Pleito de habilitação		
▪ Ofício do gestor municipal à CIB	()	()
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES		
Ao julgamento da CIB poderão ser anexados informações ou documentos complementares.		
Data de entrega do processo na CIN / / . Data de conclusão da análise / /		
Responsável pela análise do processo:		
Ass:		
Comentários:		

DESCRIÇÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO	
Aprovação na reunião de: / / .	Resolução n.º de / / .
Ass. SEAS (ou Congêneres):	
Ass. COEGEMAS:	
Comentários:	

