



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - SEAS
CONSELHO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CEAS
SECRETARIA EXECUTIVA - SE

EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 001/2026-CEAS/AP

ANEXOS

11.1. São partes integrantes do EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 001/2026-CEAS/AP os seguintes anexos:

ANEXO – I – A: REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO PARA ENTIDADES E ORGANIZAÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL CANDIDATO E ELEITOR;

ANEXO – I – B: REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO PARA ENTIDADES E ORGANIZAÇÕES DE TRABALHADORES DO SUAS CANDIDATO/ELEITOR;

ANEXO – I – C: REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DE USUÁRIOS CANDIDATO/ELEITOR;

ANEXO II: MODELO DE DECLARAÇÃO DE FUNCIONAMENTO SEGMENTO ENTIDADES, TRABALHADORES E ORGANIZAÇÃO DE USUÁRIOS NA CONDIÇÃO DE CANDIDATO/ELEITOR;

ANEXO III: DECLARAÇÃO DE RECONHECIMENTO DE EXISTÊNCIA E ATUAÇÃO PARA REPRESENTANTE DE USUÁRIOS;

ANEXO IV: FORMULÁRIO DE DESIGNAÇÃO TODOS OS SEGMENTOS COMO CANDIDATOS/ELEITORES;

ANEXO V: DECLARAÇÃO PARA CANDIDATOS/ELEITORES E ORGANIZAÇÃO DE USUÁRIOS.



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - SEAS
CONSELHO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CEAS
SECRETARIA EXECUTIVA - SE

ANEXO – I – A

**REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO PARA ENTIDADES E ORGANIZAÇÕES DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL CANDIDATA E ELEITOR**

À Comissão Eleitoral, fundamentado nos dispositivos do EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 001/2026-CEAS, venho pelo presente requerer HABILITAÇÃO AO PROCESSO ELEITORAL DA SOCIEDADE CIVIL NO CEAS – GESTÃO 2026-2028.

Nome da Entidade/organização: _____

Presidente: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Endereço Eletrônico: _____

Referência para contatos *(nome e telefone)*: _____

HABILITAÇÃO

Condição: *(Campo obrigatório / escolha apenas uma alternativa)*

☐ Eleitor (a) ☐ Candidato/Eleitor (a)

CLASSIFICAÇÃO: *(Pode ser assinalado um ou mais opções)*

☐ Entidade de Atendimento *(conforme Resoluções CNAS nº 109, de 2009; nº 33, de 2011 e nº 34, de 2011)*

☐ Entidade de Assessoramento, Defesa e Garantia de Direitos *(conforme Resolução CNAS nº 17, de 2011)*

Macapá/AP, _____ de _____ de 2026.

(Assinatura do (a) Representante Legal)
(Identificação e qualificação de quem assina o documento)

Assinatura do (a) Candidato (a) / Eleitor (a)
ou Eleitor (a) designado (a)



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - SEAS
CONSELHO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CEAS
SECRETARIA EXECUTIVA - SE

ANEXO – I – B

**REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO PARA ENTIDADES E ORGANIZAÇÕES DE
TRABALHADORES DO SUAS CANDIDATO/ELEITOR**

À Comissão Eleitoral, fundamentado nos dispositivos do EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 001/2026-CEAS, venho pelo presente requerer HABILITAÇÃO AO PROCESSO ELEITORAL DA SOCIEDADE CIVIL NO CEAS – GESTÃO 2026-2028.

Nome da Entidade/organização: _____

Presidente: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Endereço Eletrônico: _____

Referência para contatos (nome e telefone): _____

HABILITAÇÃO

Condição: *(Campo obrigatório / escolha apenas uma alternativa)*

(☐) Eleitor (a)

(☐) Candidato/Eleitor (a)

Macapá/AP, _____ de _____ de 2026.

(Assinatura do (a) Representante Legal)
(Identificação e qualificação de quem assina o documento)

Assinatura do (a) Candidato (a) / Eleitor (a)
ou Eleitor (a) designado (a)

CONSELHO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO AMAPÁ - CEAS/AP

Rua Claudomiro de Moraes, 1079A - Novo Buritizal, Macapá-AP - CEP: 68904-001
(96) 99133-1986 | ceas@amapa.gov.br | ceas.portal.ap.gov.br/



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - SEAS
CONSELHO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CEAS
SECRETARIA EXECUTIVA - SE

ANEXO – I – C

**REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO PARA ORGANIZAÇÃO DE USUÁRIOS
CANDIDATO/ELEITOR**

À Comissão Eleitoral, fundamentado nos dispositivos do EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 001/2026-CEAS, venho pelo presente requerer HABILITAÇÃO AO PROCESSO ELEITORAL DA SOCIEDADE CIVIL NO CEAS – GESTÃO 2026-2028.

Nome da Entidade/organização: _____

Presidente: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Endereço Eletrônico: _____

Referência para contatos *(nome e telefone)*: _____

HABILITAÇÃO

Condição: *(Campo obrigatório / escolha apenas uma alternativa)*

(☐) Eleitor (a)

(☐) Candidato/Eleitor (a)

Macapá/AP, _____ de _____ de 2026.

(Assinatura do (a) Representante Legal)

(Identificação e qualificação de quem assina o documento)

Assinatura do (a) Candidato (a) / Eleitor (a)
ou Eleitor (a) designado (a)

CONSELHO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO AMAPÁ - CEAS/AP

Rua Claudomiro de Moraes, 1079A - Novo Buritizal, Macapá-AP - CEP: 68904-001

(96) 99133-1986 | ceas@amapa.gov.br | ceas.portal.ap.gov.br/



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - SEAS
CONSELHO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CEAS
SECRETARIA EXECUTIVA - SE

ANEXO II

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE FUNCIONAMENTO SEGMENTO ENTIDADES,
TRABALHADORAS(ES) E ORGANIZAÇÃO DE USUÁRIOS NA CONDIÇÃO DE
CANDIDATO/ELEITOR**

DECLARO, para os devidos fins, que a/o: (nome da entidade/organização), _____

com sede: (endereço completo) _____
portadora do CNPJ _____ está em pleno e regular funcionamento, desde: (data de fundação) _____

cumprindo regularmente as suas finalidades estatutárias, sendo a sua Diretoria atual, com mandato do período de _____ a _____, constituída dos seguintes membros, de acordo com ata de eleição e posse:

Presidente: (nome completo) _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____ CPF: _____

Endereço Residencial: _____

E-mail: _____

Vice-presidente ou cargo equivalente (nome completo): _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____ CPF: _____

Endereço Residencial: _____

E-mail: _____

Secretária(o) ou cargo equivalente (nome completo): _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____ CPF: _____

Endereço Residencial: _____

E-mail: _____

DECLARO, em complemento, que a entidade ou organização acima identificada desenvolve suas atividades institucionais, há no mínimo dois anos, nas seguintes regiões geográficas:

Macapá/AP, _____ de _____ de 2026.

(Assinatura do (a) Representante Legal)
(Identificação e qualificação de quem assina o documento)

Assinatura do (a) Candidato (a) / Eleitor (a)
ou Eleitor (a) designado (a)



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - SEAS
CONSELHO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CEAS
SECRETARIA EXECUTIVA - SE

ANEXO III

**DECLARAÇÃO DE RECONHECIMENTO DE EXISTÊNCIA E ATUAÇÃO PARA
REPRESENTANTE DE USUÁRIOS**

DECLARO, para os devidos fins, que o/a (nome do grupo, associação, movimento social, fórum, rede ou outras denominações de representação de usuária(o) da política de assistência social)

_____, com sede (endereço)

_____, na cidade de (nome do Município) _____, Estado (UF) _____,

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 99, de 04 de abril de 2023 e documentos constitutivos ou relatório de reunião, pelo período de mandato de ____/____/____ a ____/____/____, composto pelos seguintes membros:

REPRESENTANTE 1

Nome completo: _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____ CPF: _____

Endereço Residencial: _____

E-mail: _____

Cargo/Função/Atividade: _____

REPRESENTANTE 2

Nome completo: _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____ CPF: _____

Endereço Residencial: _____

E-mail: _____

Cargo/Função/Atividade: _____



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - SEAS
CONSELHO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CEAS
SECRETARIA EXECUTIVA - SE

REPRESENTANTE 3

Nome completo: _____

RG: _____ Órgão expedidor: _____ CPF: _____

Endereço Residencial: _____

E-mail: _____

Cargo/Função/Atividade: _____

Local e Data de 2026.

(Identificação e qualificação de quem assina)

Assinatura do(a) Presidente do Conselho Municipal/ Estadual/Distrito Federal ou órgão gestor da assistência social de âmbito municipal, estadual ou do Distrito Federal ou coordenadora(o) de CRAS ou CREAS. Secretária(a), ou pelo(a) coordenador(a) da respectiva unidade de serviço socioassistencial



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - SEAS
CONSELHO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CEAS
SECRETARIA EXECUTIVA - SE

ANEXO IV

FORMULÁRIO DE DESIGNAÇÃO TODOS OS SEGMENTOS COMO CANDIDATOS/ELEITORES

À Comissão Eleitoral, conforme disposto EDITAL DE CONVOCAÇÃO Nº 001/2026- CEAS, venho designar o(a) senhor(a) _____, para representação desta entidade/organização/representante de usuários(as) postulante à participação no processo eleitoral para a gestão 2026-2028, na condição de () candidato(a)/eleitor(a) ou () eleitor(a), DECLARO que a pessoa designada participa das atividades desta entidade/organização na qualidade de (esclarecer vínculo) _____.
DECLARO que a pessoa designada participa do grupo/movimento/fórum/associação na qualidade de (esclarecer vínculo) _____.

Representante:

Nome completo:

Nome Social:

RG: Órgão expedidor:

CPF: Título de Eleitor:

Endereço Residencial:

Telefone: ()

Email:

Local e Data de 2026.

(Identificação e qualificação de quem assina)

(Assinatura do(a) Representante Legal)

Assinatura da pessoa designada como candidato(a)/eleitor(a) ou eleitor(a) Auto declaração do(a) candidato(a)/eleitor(a) ou eleitor(a)

CONSELHO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO AMAPÁ - CEAS/AP

Rua Claudomiro de Moraes, 1079A - Novo Buritizal, Macapá-AP - CEP: 68904-001
(96) 99133-1986 | ceas@amapa.gov.br | ceas.portal.ap.gov.br/



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL - SEAS
CONSELHO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CEAS
SECRETARIA EXECUTIVA - SE

ANEXO V

DECLARAÇÃO PARA CANDIDATOS/ELEITORES ORGANIZAÇÃO DE USUÁRIOS

DECLARO, para os devidos fins, que o/a (nome da entidade/organização) _____, com
sede _____ em _____ (endereço)
_____ a cidade _____
de _____ Estado (UF) _____, portadora do CNPJ nº _____,
é uma organização de usuárias(os) que congrega as pessoas
destinatárias da Política de Assistência Social, de acordo com a Resolução CNAS nº 99, de 04 de
abril de 2023 e não tem inscrição nos Conselhos de Assistência Social e no Cadastro Nacional de
Entidades de Assistência Social – CNEAS.

Local e Data de 2026.

(Assinatura do(a) Representante Legal)