



FORMULÁRIO DE REGISTRO DO PROCESSO DA 14ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SÃO LOURENÇO DA MATA-PE

I-Informações Gerais sobre a 14ª Conferência Municipal de Assistência Social de São Lourenço da Mata-PE

- 1- Nome do Município : **SÃO LOURENÇO DA MATA**
- 2- Estado: **PERNAMBUCO**
- 3- Código IGBE: **263701**
- 4- Porte do Município: **GRANDE**
- 5- Identificação da Conferência: **14ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTENTE SOCIAL DE SÃO LOURENÇO DA MATA**
- 6- Data de Início: **04/07/2025**
- 7- Data de término: **04/07/2025**
- 8- Total de Horas de Realização: **8h**

8 - Total de Horas de Realização: **08h**

9- Local de realização: **AUDITÓRIO DO CENTRO SOCIAL URBANO, RUA DR PEDRO AUGUSTO CORRÊA DE ARAÚJO, S/N-CENTRO-SÃO LOURENÇO DA MATA**

10- Número total de participantes: **111**

11- Subtotal - marcadores sociais dos participantes:

RAÇA/COR: Preto 18	pardo 36	branco 8
Amarelo 0	indígenas 0	não informado 49

GENERO: Feminino 47	masculino 15	não informado 49
---------------------	--------------	------------------

FAIXA ETÁRIA/CICLO DE VIDA:

Adolescente(12 a 17 anos) 0	jovens(18 a 29 anos) 21
Adulto(30 a 59 anos) 24	idosas(60+) 08
não informados 58	

ESPECIFICIDADES DE PÚBLICOS:

Povos originários e comunidades tradicionais 03	
pessoas com deficiência 04	pessoa em situação de rua
migrantes 0	refugiados 0
pessoas LGBTQIAPN+ 08	Outra especificidade(especificar)



II – Quantitativo de delegados da Conferência Municipal de Assistência Social por categoria: 10 delegados

	Sociedade Civil			Governamentais
	Usuários	Trabalhadores	Entidades	
Total	01	02	02	05

Usuários

PAULO TAVARES DE ARAÚJO -titular	(81)9.9824-9565
MARLI FRANCISCA ALVES - suplente	(81)9.8855-5376

Trabalhadores do SUAS

DORALICE GOMES DE SOUZA -titular	(81)9.9374-1371
ALCIONE TAVARES FIRMINO- suplente	(81)9.8537-8126
DANILO HENRIQUE RIBEIRO DA SILVA- titular	(81)9.8939-6210
DEYVISON LIMA - suplente	(81)9.8624-8350

Entidades

LUCILA PAULA ALVES SILVA-titular	(81)9.8887-5886
IZABELLE JORGE DA S. TAVARES- suplente	(81)9.8807-9113
JACILENE MARIA DA SILVA-titular	(81)9.8889-7021
FLAVIA Mª APARECIDA MARTINS- suplente	(81)9.9653-2270

Governo

RIZETE SERAFIM COSTA-titular	(81)9.9216-9098
OSVALDO JOSE VIEIRA- suplente	(81)9.98810-5410
MARIA VIVIANE TEREZA DA SILVA LEITÃO- titular	(81)9.8469-9501
RISSELY RHAYSSA C PONTES CABRAL- suplente	(81)9.9706-7656
GILMAR RAMOS DA SILVA- titular	(81)9.8676-0637
MARCIO FELIX DA SILVA-suplente	(81)9.9873-4992
RUTE Mª BALÉ DA SILVA- titular	(81)9.8539-4348



THAMIRES ANUNCIADA DOS SANTOS- suplente	(81)9.9911-7323
MATHEUS ALEXANDRE DOS SANTOS- titular	(81)9.9703-6947
ELIANE IZABEL DE MELO UMBELINO- titular	(81)9.8592-9762

III – Quantitativo de pessoas envolvidas com a organização e a realização da Conferência Municipal de Assistência Social:

Quantitativo	Caracterização
06	Conselho (conselheiros e profissionais vinculados ao Conselho)
04	Órgão gestor da Assistência Social (gestor e profissionais vinculados ao órgão gestor)
02	Prestadores de serviço (empresas, profissionais contratados especificamente para esta finalidade)
01	Entidade e organização da sociedade civil (associações, fundação, cooperativa etc.)
	Outros (especificar)

IV – Eventos de Mobilização e Preparação que antecederam a Conferência Municipal de Assistência Social

- **Encontros Preparatórios: 02**
- **Palestras e/ou Debates Públicos: 02**
- **Encontros Preparatórios com Usuários: 02 (CRAS TIÚMA E CRAS MATRIZ DA LUZ).**

Quantitativo	Tipo de Eventos de Mobilização e Preparação
02	Encontros Preparatórios
02	Palestras ou Debates Públicos



02	Encontros Preparatórios com Usuários
00	Conferências Livres Nacionais
00	Outras Formas (especificar)

V - Quantidade de pessoas que participaram dos Eventos de Mobilização e Preparação que antecederam a Conferência Municipal de Assistência Social

Indicar o total de 182 participantes.

Tipo de Eventos de Mobilização e Preparação	Total de Participantes
Encontros Preparatórios	71
Palestras ou Debates Públicos	71
Encontros Preparatórios com Usuários	71
Outras formas: (especificar)	

Conferências Livres Nacionais	Total de Participantes
Identificar data e local: 19/06/25 e 25/06/25(CRAS TIUMA e CRAS MATRIZ DA LUZ)	
Entidades	05
Trabalhadoras(es)	20
Usuárias(os)	71
Governamental	13

VI - Ato de Convocação da Conferência Municipal de Assistência Social:



Resolução Nº 10/2025 – CMAS/São Lourenço da Mata

Dispõe sobre a convocação da 14ª Conferência Municipal de Assistência Social do Município de São Lourenço da Mata e dá outras providências.

O Conselho Municipal de Assistência Social do município de São Lourenço da Mata/PE, no uso de suas atribuições legais e considerando a necessidade de dar cumprimento ao disposto no artigo 32º, inciso X, da Lei Municipal nº 3.077 de 06 de setembro de 2024 que altera a Lei nº 1.889 de 08 de março de 1996, resolve:

CONSIDERANDO a Resolução CNAS nº 174, de 14/11/24, em seu artigo 1º em que, convoca ordinariamente a 14ª Conferência Nacional de Assistência Social, com a atribuição de avaliar a Política Nacional de Assistência Social e propor diretrizes para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Assistência Social-SUAS.

RESOLVE:

Artigo 1º - Convocar a 14ª Conferência Municipal de Assistência Social será realizada no município de São Lourenço da Mata, no Auditório do Centro Social Urbano, localizado na Rua Dr Pedro Augusto Corrêa de Araújo, s/n- Centro- São Lourenço da Mata-PE- CEP:54735-200, no dia 04 de julho de 2025, das 08:00 hs às 16:00 hs.

Artigo 2º - O evento terá como tema geral: " 20 anos do SUAS: Construção, Proteção e Resistência" e eixos temáticos:

eixo 1 – Universalização do SUAS: Acesso Integral com Equidade e Respeito às Diversidades;

eixo 2 – aperfeiçoamento contínuo do SUAS: inovação, gestão descentralizada e valorização profissional;

eixo 3 – integração de benefícios e serviços socioassistenciais: fortalecendo a proteção social, segurança de renda e a inclusão social no SUAS;

eixo 4 – gestão democrática, informação e comunicação transparente: fortalecendo a participação social no SUAS;

eixo 5 – sustentabilidade financeira e equidade no cofinanciamento do SUAS.

Artigo 3º - O município durante a sua Conferência Municipal elegerá delegados para participação na Conferência Estadual, conforme critério definido no Regimento Interno da Conferência e baseado na tabela proporcionalidade populacional e porte do município conforme prevê a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), garantindo a paridade entre Governo e ONG's.

Artigo 4º - Os delegados eleitos nas Plenárias Municipais receberão suporte financeiro do município para participarem da Conferência Estadual.

Artigo 5º - Para organização do evento será criada Comissão Organizadora.

Artigo 6º - Fica delegado o CMAS para a adoção de outras providências necessárias ao cumprimento do objeto desta resolução.

Artigo 7º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

São Lourenço da Mata, 02 de junho de 2025.

Lucila Paula Alves da Silva- Presidente do CMAS



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO
SOCIAL, MULHER E PROMOÇÃO À
CIDADANIA



SÃO LOURENÇO
DA MATA
GOVERNADO POR JOSÉ ROBERTO



VII - Programação da 14ª Conferência Municipal de Assistência Social:

PROGRAMAÇÃO

08:00 h – CREDENCIAMENTO

08:30h – ABERTURA;

09:00h – COMPOSIÇÃO DA MESA DE ABERTURA;

9:10h - EXECUÇÃO DO HINO NACIONAL(coral Girassol do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo);

09:20h – LEITURA DO REGIMENTO PARA APROVAÇÃO;

10:00h – PALESTRA MAGNA: : Alba Bezerra, Graduada em Assitente Social, pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), e com especialização em Direitos Sociais e Competências Profissionais, possui vasta experiência profissional na execução de políticas sociais; e Analista em Assistência Social e Direitos Humanos da Gerência Geral do Suas.

TEMA: “20 ANOS DO SUAS: CONSTRUÇÃO, PROTEÇÃO SOCIAL E RESISTÊNCIA”

11:30h – DIVISÃO DOS 05 EIXOS NOS GRUPOS; Discussão e elaboração de propostas;

12:30h – INTERVALO PARA ALMOÇO;

13:30h – RETORNO PARA PLENÁRIA – Composição da mesa com os conselheiros para condução da votação das propostas elaboradas nos grupos e moções;

14:00h – APROVAÇÃO DAS PROPOSTAS ELABORADAS NOS EIXOS DE TRABALHOS;

15:30h – ELEIÇÃO PARA DELEGADOS PARA 14 CONFERÊNCIA ESTADUAL;

16:00h – ENCERRAMENTO.

São Lourenço da Mata, 04 de julho de 2025.



**AVALIAÇÃO PELAS(OS)
PARTICIPANTES**

	Ótimo	Muito Bom	Regular	Ruim	Péssimo
Mobilização e Preparação	X				
Local e infraestrutura (alimentação, transporte e hospedagem)	X				
Acessibilidade	X				
Programação	X				
Participação	X				

a. Conhecimentos agregados a partir da participação na Conferência Municipal de Assistência Social:
Quantitativo de Participantes: 70

	5	4	3	2	1	0
Ampliação de conhecimentos sobre o Tema da Conferência	5					
Ampliação de conhecimentos sobre o II Plano Decenal Da Assistência Social	5					



AVALIAÇÃO PELAS(OS) CONSELHEIRAS(OS)

- a. Tema da Conferência e Eixos da Conferência (Relevância e Clareza), considerando as:

Tema da Conferência: 20 anos do SUAS: construção, proteção social e resistência	Ótimo	Muito Bom	Regular	Ruim	Péssimo
	X				
Eixo 1: Relevância e Clareza	X				
Eixo 2: Relevância e Clareza		X			
Eixo 3: Relevância e Clareza		X			
Eixo 4: Relevância e Clareza		X			
Eixo 5: Relevância e Clareza		X			

- b. Trabalhos em Grupo para debate dos Eixos e definição das propostas de deliberação da Conferência Municipal de Assistência Social.

PROPOSTAS

Eixo 1: Universalização do SUAS: Acesso Integral com Equidade e Respeito às Diversidades.

PRIORIDADE PARA O MUNICÍPIO	PRIORIDADE PARA O ESTADO	PRIORIDADES PARA A UNIÃO
1-Criação de um CRAS, denominado (CRAS CAPIBARIBE) que contemple os bairros: Bela Vista, Várzea fria, Loteamento Irineu Teixeira, São João São Paulo, Penedo e Umuarama;	1- Elaboração de mapeamento e criação de diagnóstico para POP Rua;	1- cofinanciamento para a realização do mapeamento e criação do diagnóstico para POP Rua;
2 - Ampliação da estrutura do CRAS Matriz da Luz e criação de uma equipe volante que possa atender o público de Lages e os		



engenhos;		
4 - Ampliação do Programa Nova Cesta Básica, garantindo o acesso de mais usuários e bairros, respeitando a avaliação socioeconômica de cada núcleo familiar;		

Eixo 2: Aperfeiçoamento Contínuo do SUAS: Inovação, Gestão Descentralizada e Valorização Profissional.

PRIORIDADE PARA O MUNICÍPIO	PRIORIDADE PARA O ESTADO	PRIORIDADES PARA A UNIÃO
1-Estabelecer Piso básico Salarial para todos os profissionais que compõem o SUAS, condizente com as necessidades de cidadania dos trabalhadores (educação, saúde, bem estar físico, mental, moradia, lazer, entre outros).	1-Oferta de treinamentos e capacitação regular, de forma trimestral para os profissionais do SUAS nos municípios por zonas territoriais.	1-Estabelecer Piso básico Salarial para todos os profissionais que compõem o SUAS, condizente com as necessidades de cidadania dos trabalhadores (educação, saúde, bem estar físico, mental, moradia, lazer, entre outros).
2- Estabelecer Programa de formação continuada para todos os profissionais do SUAS de forma regular e permanente.		
3-Ampliação do setor de vigilância socio-assistencial de um profissional para dois.		
4- Ampliação de Recursos Financeiros por parte do município para ampliação das equipes de acordo com a NOBRH/SUAS, Infraestrutura e equipamentos de trabalho e tecnologia.		



EIXO 3: Integração de Benefícios e Serviços Socioassistenciais: Fortalecendo a Proteção Social, Segurança de Renda e a Inclusão Social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

PRIORIDADE PARA O MUNICÍPIO	PRIORIDADE PARA O ESTADO	PRIORIDADES PARA A UNIÃO
1- Criar espaços permanentes de articulação intersetorial entre as áreas de Assistência Social, Saúde, Educação, Habitação e Trabalho, garantindo a integralidade no atendimento ao usuário.	1-- Criar um sistema estadual de monitoramento e avaliação dos Serviços e Programas Socioassistenciais, para identificar fatores positivos, desafios e ações dos municípios.	1- Fortalecer e ampliar a segurança de renda por meio da integração de programas federais de transferência de renda (como o Bolsa Família) com outras políticas públicas (educação, profissional e saúde), visando a superação da extrema pobreza e a autonomia das famílias.
2- Estabelecer parcerias entre sociedade civil, terceiro setor e órgãos governamentais para facilitar o acesso às informações e divulgações dos Serviços, Projetos e Programas ofertados.		
3- Qualificar os serviços socioassistenciais, adequando a infraestrutura das unidades de atendimento, garantindo equipes de referência qualificadas e recursos materiais suficientes, e incorporando as demandas locais na organização dos serviços.		
4- Oferecer oportunidades de emprego e desenvolvimento profissional para beneficiários do Bolsa Família, promovendo a inclusão social e econômica através de capacitação, acompanhamento e apoio, além de incentivos fiscais para as empresas.		

EIXO 4: Gestão Democrática, informação no SUAS e comunicação transparente: fortalecendo a participação social no SUAS.

PRIORIDADE PARA O MUNICÍPIO	PRIORIDADE PARA O ESTADO	PRIORIDADES PARA A UNIÃO
1- Criar, implementar e efetivar um serviço de ouvidoria municipal acessível no SUAS, em formato online e presencial.	1- Fortalecer a Política Estadual de Comunicação no SUAS, com linguagem acessível com uso de mídias digitais e comunitárias, para inclusão e acessibilidade de todos/as.	1-Fortalecer o Capacita SUAS para efetivação de capacitações regulares, gestão democrática, controle social, pactuação federal e combate à desinformação.
2- Implementar estratégias de comunicação comunitária sobre o SUAS, por meio de rádios locais, carros de som e outras mídias acessíveis, a fim de garantir as especificidades de cada usuário/a.		
3- Fortalecer a educação cidadã nos CRAS, através de rodas de conversas com libras, oficinas e seminários nos territórios sobre direitos, deveres e papel do SUAS.		
4-Criar Plano Municipal de Comunicação e Participação Social no SUAS		

Eixo 5: Sustentabilidade Financeira e Equidade no Cofinanciamento do SUAS.

PRIORIDADE PARA O MUNICÍPIO	PRIORIDADE PARA O ESTADO	PRIORIDADES PARA A UNIÃO
1 - Fixação do orçamento para teto mínimo, 1% do orçamento municipal para política de Assistência Social.	1- Fixação do orçamento para teto mínimo, 1% do orçamento estadual para política de Assistência Social.	1-Fixação do orçamento para teto mínimo, 1% do orçamento federal para política de Assistência Social.
2 - Diagnóstico municipal trimestral		



c. Avaliação Final pelos Conselheiros Municipais de Assistência Social:

Aspectos Positivos	Aspectos Negativos	Demais considerações
Houve ampla participação da sociedade civil, usuários da política de assistência social, trabalhadores e representantes governamentais, a palestrante enriqueceu e trouxe reflexões importantes sobre os desafios e avanços do SUAS. A estrutura do evento foi adequada.	Não	A conferência cumpriu seu papel de promover o debate democrático sobre a política de assistência social, sendo um espaço fundamental para o controle social.

d. Data: 04 de julho de 2025.

e. Assinatura dos/as responsáveis pelo preenchimento deste Registro:

Marinês Farias da Costa Marinês Farias da Costa
Lucila Paula Alves da Silva Lucila Paula Alves da Silva
Rizete Serafim Costa Rizete Serafim Costa

f. Assinatura do CMAS:

Lucila Paula Alves da Silva Lucila Paula Alves da Silva

contínuo para cálculo do custo dos serviços socioassistenciais, conhecendo e planejando com base no custo real dos serviços e nas demandas específicas de cada território.		
3 - Fortalecimento do controle social no planejamento e execução orçamentária, através de audiências públicas antes da votação da LOA, garantindo transparência e participação social efetiva nas decisões de alocação dos recursos da Assistência Social.		
4 - Garantir financiamento para a ampliação dos equipamentos e equipes da política de assistência social nas áreas rurais do município.		

	Ótimo	Muito Bom	Regular	Ruim	Péssimo
Trabalho em Grupo – Eixo 1	X				
Trabalho em Grupo – Eixo 2	X				
Trabalho em Grupo – Eixo 3	X				
Trabalho em Grupo – Eixo 4	X				
Trabalho em Grupo – Eixo 5	X				



RELAÇÃO DE PRESENÇA NOS EIXOS DA 14ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SÃO LOURENÇO DA MATA

Ficha de presença do Eixo 1:

Universalização do SUAS: Acesso Integral com Equidade e Respeito às Diversidades

NOME	FONE
1- <i>Draiane Gomes Ventura</i>	<i>81 992 35 03 52</i>
2- <i>Billian Caroline de Melo Silva</i>	<i>(31) 98434 0260</i>
3 <i>Milena Karolayne Oliveira Silva de Henri</i>	<i>(81) 98867-9696</i>
4- <i>Eduardo Henri da Silva</i>	<i>(81) 98696-3503</i>
5- <i>Arthur F. Correia da Silva</i>	<i>(81) 99783-5996</i>
6- <i>Carica Gomes da Silva</i>	<i>(81) 99840-5300</i>
7- <i>Silvia Aguiar</i>	<i>(81) 9.82026362</i>
8- <i>João Justino Barbosa</i>	<i>81 997805761</i>
9- <i>Monete Leite do N. Castro</i>	<i>(81) 9.8460-3089</i>
10- <i>João Nogueira de Silva</i>	<i>(81) 998616375</i>
11-	
12-	
13-	

Ficha de presença do Eixo 2:

Aperfeiçoamento Contínuo do SUAS: Inovação, Gestão Descentralizada e Valorização Profissional.

NOME	FONE
1- Snyane da Silva Correia	99643 - 0428
2- Josiane Maria da Silva Sales	9608 - 4950
3- Mônica Helena de Barros	992342354
4- Maria Betânia da Silva	98260 - 7365
5- Monila Simone Costa da Silva	983434311
6- Maria José de Oliveira dos Santos	99493 - 8996
7- Maria Helena da Silva Lima	9.8792-3037
8- Talita Faustina Silva do Rego	98909.4019
9- Larissa Gonçalves P. da Cruz	9.7107 - 3984
10- Maria de Fátima Leite Aguiar Silva	99611 0409
11- Liliupe do Carmo Pereira	98919-8024
12- Gorgio Gomes	81.983135756
13- Margarida M. de O. Reis	81 99426.6265

- Élide Severino de Farias - 81983577454
- Rute Anne Balé da Silva Gomes (81) 985394348
- Mylenne Valéria Silva de Oliveira - 81995212919
- Dayana Lopes dos Santos 8188929072
- ~~João Albuquerque de Oliveira~~ - 8198593-2348
- ~~João José S. de Oliveira~~ - 8198772-0514
- Moisés Vaguins de Carvalho 81985275767

Ficha de presença do Eixo 3:

Integração de Benefícios e Serviços Socioassistenciais: Fortalecendo a Proteção Social, Segurança de Renda e a Inclusão Social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

NOME	FONE
1- Leticia ALBUQUERQUE VIANA	(81) 93662 - 9047
2- Eliane Izabel de M. Umbelino	98592 9702.
3- Edyane Felix da Silva	98250 8438
4- Renata Maria dos Santos	97334-8464
5- Bruna Rafaelen	99915-5124
6- Paula Amanda de Franca Souza	99107 1065
7- Bruno Manoela E. da Silva	8199673-2824
8- Thaina Wilfrany dos Santos	983093223
9- Dayane Albertino da Silva	9.9818-3207
10- Erickson Antonio da Silva Junior	99359 7281
11- Marília Monaliza Cabral Cabral	99616-4041
12- Lomires Araceli dos Santos	99911-7323
13- Hilda Julia Ferreira dos Santos	98770 - 3318

14- Nancy Francisca da S. Oliveira 9.8687-0558

São Lourenço da Mata, 04 de julho de 2025.

15 - DAVILDO HENRIQUE N. PASILVA

16) Deyvison José de Lima.

17- Giovanni Costa.

Ficha de Presença do Eixo 4:

Gestão Democrática, informação no SUAS e comunicação transparente:
fortalecendo a participação social no SUAS.

NOME	FONE
1- Rafaela Maria dos Santos	98560-4021
2- Dalte Maria de Albuquerque	98645-1331
3- Elisav Batiuk Bonin	5460 3086
4- Jaqueline Silva	98899 4021
5- Maurício José P. da Silva	(81)94604-0195
6- DANIELLE SANTANA	98445 8802
7- Dorcilene Gomes de Souza	99374 1371
8- Alexandre Torres Trimmim	98537-8126
9- Felix Ballino do Norante	99905-0838
10- Marli Francisca Alves	8855 5376
11- RUTE FABRICIO SILVA	999401315
12- Débora Maria da Silva A. Lima	991590480
13- Rozely R.E. Pontes lateral	997067656

Ficha de presença do Eixo 5:

Sustentabilidade Financeira e Equidade no Cofinanciamento do SUAS

NOME	FONE
1- Maria Elizabith	98915-9477
2- Rubens Chaves	81-99253 4495
3- Janete A Oliveira	988280866
4- Karoline S. de Castro	997212818
5- Marcelino Resende Souza Neto	983165711
6- Mathias Alexandre do Santos	997036947
7- Izabele Jones da Silva Tavares	988049113
8- Gilmar Ramos da Silva	98676-0934
9- Paulo Tavares de Araújo	99824-9569
10- Maria Eduarda de Santana	988837474
11- Flávia Martins	99653 2270
12-	
13-	



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO
SOCIAL, MULHER E PROMOÇÃO A
CIDADANIA



ANEXOS DAS FICHAS

FICHAS DE INSCRIÇÕES DOS DELEGADOS DA 14ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SÃO LOURENÇO DA MATA

FICHA DE INSCRIÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Dados gerais:

Nome: PAULO TAVARES DE ARAUJO

Nome Social (em destaque no crachá): PAULO TAVARES

Segmento: Sociedade Civil () Governo () Usuários/os () Trabalhadoras/es () Entidades (X)

CPF: 892.691.018-00 Município: SÃO LOURENÇO DA MATA UF: PE

Telefone para contato/DDD (WhatsApp): 81 9824 5569

E-mail: TAVARES 54.PE @GMAIL.COM

Escolaridade:

() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo () Pós-Graduação () Ensino Fundamental Incompleto
() Ensino Fundamental Completo (X) Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo

Profissão/trabalho: _____

Sexo biológico: () Masculino () Feminino () Intersexo () Prefiro não informar

Identidade de gênero: (X) Homem cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Mulher cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Homem transgênero: (Se identifica como homem, mas foi designado como mulher ao nascer)

() Mulher transgênero: (Se identifica como mulher, mas foi designada como homem ao nascer)

() Pessoa não binária (pessoa cuja identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, podendo se identificar com um gênero que está entre esses dois, com ambos, com nenhum ou com um gênero)

() Prefiro não informar () Outro: _____

Autodeclaração racial: () Amarela (descendentes de asiáticos) () Branca () Indígena (X) Parda/Negra () Preta/Negra
() Prefiro Não Informar

Faixa Etária: () Adolescente (12 a 17 Anos) () Jovem (18 a 29 Anos) () Adulta/o (30 a 59 Anos) (X) Idosa/o (Acima de 60 Anos) () Prefiro não informar

Contato de emergência: Nome: _____ Parentesco: _____
Telefone/ whatsapp: _____

Pessoa com Deficiência: Sim (X) Não ()

se sim caso afirmativo, especificar a deficiência: () Física () Mobilidade reduzida (X) Visual () Auditiva ()

Intelectual () Múltipla () Transtorno do espectro autista - TEA () Outras Neurodivergências () Surdocegueira

() Outra deficiência. Especificar: _____

1-Você utiliza algum desses recurso de mobilidade? Sim (X) Não () Se sim qual? () Cadeira de rodas () Muletas
() Andador () Outro. Qual? _____

2-Você utiliza alguma tecnologia assistiva? () Lupas (X) Software leitor (X) Material em Braille () Material ampliado () Intérprete de Libras () Audiodescrição () Outro. Qual? _____

3-Qual recurso/apoio/tecnologia assistiva é necessário para garantir a sua plena acessibilidade e participação? _____

II - INFORMAÇÃO DA(O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: 801.608.164-91 -- do acompanhante: MARLI FRANCISCA ALVES

II - INFORMAÇÃO DA(O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: SÃO LOURENÇO Nome do acompanhante: _____

Nome Social do acompanhante (em destaque no crachá): _____

Município: _____ UF: _____ Telefone/DDD: _____ WhatsApp/DDD: _____

Restrição alimentar: () Não possui restrição alimentar () Lactose () Glúten () Frutos do Mar () Amendoim, castanha ou nozes () Frutose () Pessoa com Diabetes () Outro (especifique): _____

Você se encontra em algumas dessas condições

() Gestante () Lactante () Pessoa obesa

III - Você está se inscrevendo em vaga de cotas?

() Sim () Não.

Se sim, qual a sua preferência de identificação? (escolha apenas uma opção).

() pessoas negras (autodeclaradas pretas ou pardas) (☒) pessoas com deficiência () pessoas LGBTQIAPN+
() pessoas idosas (mais de 60 anos) () adolescentes (12 a 17 anos) () jovens (18 a 29 anos) () migrantes, refugiados e apátridas () atingidos por barragens () indígenas () quilombolas () ciganos () extrativistas
() pescadores () comunidade de terreiro () ribeirinhos () agricultores familiares () assentados () beneficiários do programa nacional de crédito fundiário () acampados () atingidos por empreendimentos de infraestrutura
() famílias de presos do sistema carcerário () catadores de materiais recicláveis () pessoas em situação de rua.

IV- COMPROVAÇÃO DA "VINCULAÇÃO COM O SUAS" PARA CONCORRER A DELEGADA/O: (anexar o documento comprobatório indicado abaixo)

Vaga de governo: () Portaria de nomeação (função ou cargo público) () Contrato de trabalho

Vaga da sociedade civil:

Se candidata/o à representante de usuárias/os:

(☒) declaração de usuário dos serviços socioassistenciais emitida pela coordenação de unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF;

() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 99/2023;

() comprovante de beneficiário do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada; comprovante de inscrição no CadÚnico.

Se candidata/o à representante de trabalhadoras/res:

() portaria de nomeação em concurso público;

() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 6/2015;

() contrato de trabalho para atuação unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF

Se candidata/o à representante de entidades/organizações da sociedade civil de assistência social:

(☒) ata de eleição em caso de cargo de direção ou conselho;

() declaração da diretoria indicando o representante da entidade, em caso de técnico contratado

OUTRAS INFORMAÇÕES:

(Utilize este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

São Lourenço da Mata, 04 de julho de 2025.

FICHA DE INSCRIÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Dados gerais:

Nome: Marli Francisca Alves
 Nome Social (em destaque no crachá): Marli
 Segmento: Sociedade Civil () Governo () Usuários/os () Trabalhadoras/es () Entidades (X)
 CPF: 80160816491 Município: São Lourenço da Mata/PE UF: PE
 Telefone para contato/DDD (WhatsApp): 81 988555376
 E-mail: SAOLOART@GMAIL.COM

Escolaridade:

() Ensino Superior Incompleto (X) Ensino Superior Completo (X) Pós-Graduação () Ensino Fundamental Incompleto
 () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo

Profissão/trabalho: neuropsicopedagoga / Professora

Sexo biológico: () Masculino (X) Feminino () Intersexo () Prefiro não informar

Identidade de gênero: () Homem cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

(X) Mulher cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Homem transgênero: (Se identifica como homem, mas foi designado como mulher ao nascer)

() Mulher transgênero: (Se identifica como mulher, mas foi designada como homem ao nascer)

() Pessoa não binária (pessoa cuja identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, podendo se identificar com um gênero que está entre esses dois, com ambos, com nenhum ou com um gênero)

() Prefiro não informar () Outro: _____

Autodeclaração racial: () Amarela (descendentes de asiáticos) () Branca () Indígena (X) Parda/Negra () Preta/Negra
 () Prefiro Não Informar

Faixa Etária: () Adolescente (12 a 17 Anos) () Jovem (18 a 29 Anos) (X) Adulta/o (30 a 59 Anos) () Idosa/o (Acima de 60 Anos) () Prefiro não Informar

Contato de emergência: Nome: Antônio Carlos Parentesco: _____
 Telefone/ whatsapp: 819 88 / 99734358

Pessoa com Deficiência: Sim () Não (X)

se sim caso afirmativo, especificar a deficiência: () Física () Mobilidade reduzida () Visual () Auditiva ()

Intelectual () Múltipla () Transtorno do espectro autista - TEA () Outras Neurodivergências () Surdocegueira

() Outra deficiência. Especificar: _____

1-Você utiliza algum desses recurso de mobilidade? Sim () Não () Se sim qual? () Cadeira de rodas () Muletas
 () Andador () Outro. Qual? _____

2-Você utiliza alguma tecnologia assistiva? () Lupas () Software leitor () Material em Braille () Material ampliado () Intérprete de Libras () Audiodescrição () Outro. Qual? _____

3-Qual recurso/apoio/tecnologia assistiva é necessário para garantir a sua plena acessibilidade e participação? _____

II - INFORMAÇÃO DA (O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

II - INFORMAÇÃO DA(O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPR do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

Nome Social do acompanhante (em destaque no crachá): _____

Município: _____ UF: _____ Telefone/DDD: _____ WhatsApp/DDD: _____

Restrição alimentar: () Não possui restrição alimentar () Lactose () Glúten () Frutos do Mar () Amendoim, castanha ou nozes () Frutose () Pessoa com Diabetes () Outro (especifique): _____

Você se encontra em algumas dessas condições

() Gestante () Lactante () Pessoa obesa

III - Você está se inscrevendo em vaga de cotas?

() Sim (x) Não.

Se sim, qual a sua preferência de identificação? (escolha apenas uma opção).

() pessoas negras (autodeclaradas pretas ou pardas) () pessoas com deficiência () pessoas LGBTQIAPN+
() pessoas idosas (mais de 60 anos) () adolescentes (12 a 17 anos) () jovens (18 a 29 anos) () migrantes, refugiados e apátridas () atingidos por barragens () indígenas () quilombolas () ciganos () extrativistas
() pescadores () comunidade de terreiro () ribeirinhos () agricultores familiares () assentados () beneficiários do programa nacional de crédito fundiário () acampados () atingidos por empreendimentos de infraestrutura
() famílias de presos do sistema carcerário () catadores de materiais recicláveis () pessoas em situação de rua.

IV - COMPROVAÇÃO DA "VINCULAÇÃO COM O SUAS" PARA CONCORRER A DELEGADA/O:

(anexar o documento comprobatório indicado abaixo)

Vaga de governo: () Portaria de nomeação (função ou cargo público) () Contrato de trabalho

Vaga da sociedade civil:

Se candidata/o à representante de usuárias/os:

(x) declaração de usuário dos serviços socioassistenciais emitida pela coordenação de unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 99/2023;
() comprovante de beneficiário do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada; comprovante de inscrição no CadÚnico.

Se candidata/o à representante de trabalhadoras/res:

() portaria de nomeação em concurso público;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 6/2015;
() contrato de trabalho para atuação unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF

Se candidata/o à representante de entidades/organizações da sociedade civil de assistência social:

() ata de eleição em caso de cargo de direção ou conselho;
() declaração da diretoria indicando o representante da entidade, em caso de técnico contratado

OUTRAS INFORMAÇÕES:

(Utilize este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

São Lourenço da Mata, 04 de julho de 2025.

FICHA DE INSCRIÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Dados gerais:

Nome: Doracice Gomes de Souza
 Nome Social (em destaque no crachá): _____
 Segmento: Sociedade Civil ☒ Governo ☐ Usuários/os ☐ Trabalhadoras/es ☐ Entidades ☐
 CPF: 74417193487 Município: São Lourenço UF: PE
 Telefone para contato/DDD (WhatsApp): (91) 93741376
 E-mail: doracicegomes1968@gmail.com

Escolaridade:

☐ Ensino Superior Incompleto ☐ Ensino Superior Completo ☐ Pós-Graduação ☐ Ensino Fundamental Incompleto
☐ Ensino Fundamental Completo ☒ Ensino Médio Incompleto ☐ Ensino Médio Completo

Profissão/trabalho: Educadora Social

Sexo biológico: ☐ Masculino ☒ Feminino ☐ Intersexo ☐ Prefiro não informar

Identidade de gênero: ☐ Homem cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

☒ Mulher cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

☐ Homem transgênero: (Se identifica como homem, mas foi designado como mulher ao nascer)

☐ Mulher transgênero: (Se identifica como mulher, mas foi designada como homem ao nascer)

☐ Pessoa não binária (pessoa cuja identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, podendo se identificar com um gênero que está entre esses dois, com ambos, com nenhum ou com um gênero)

☐ Prefiro não informar ☐ Outro: _____

Autodeclaração racial: ☐ Amarela (descendentes de asiáticos) ☐ Branca ☐ Indígena ☒ Parda/Negra ☐ Preta/Negra

☐ Prefiro Não Informar

Faixa Etária: ☐ Adolescente (12 a 17 Anos) ☐ Jovem (18 a 29 Anos) ☒ Adulta/o (30 a 59 Anos) ☐ Idosa/o (Acima de 60 Anos) ☐ Prefiro não Informar

Contato de emergência: Nome: José Anderson de Souza Parentesco: Filho
 Telefone/ whatsapp: (81) 987893263

Pessoa com Deficiência: Sim ☐ Não ☒

se sim caso afirmativo, especificar a deficiência: ☐ Física ☐ Mobilidade reduzida ☐ Visual ☐ Auditiva ☐

Intelectual ☐ Múltipla ☐ Transtorno do espectro autista - TEA ☐ Outras Neurodivergências ☐ Surdocegueira

☐ Outra deficiência. Especificar: _____

1-Você utiliza algum desses recurso de mobilidade? Sim ☐ Não ☐ Se sim qual? ☐ Cadeira de rodas ☐ Muletas
☐ Andador ☐ Outro. Qual? _____

2-Você utiliza alguma tecnologia assistiva? ☐ Lupas ☐ Software leitor ☐ Material em Braille ☐ Material ampliado ☐ Intérprete de Libras ☐ Audiodescrição ☐ Outro. Qual? _____

3-Qual recurso/apoio/tecnologia assistiva é necessário para garantir a sua plena acessibilidade e participação? _____

II - INFORMAÇÃO DA (O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

II - INFORMAÇÃO DA(O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

Nome Social do acompanhante (em destaque no crachá): _____

Município: _____ UF: _____ Telefone/DDD: _____ WhatsApp/DDD: _____

Restrição alimentar: ☒ Não possui restrição alimentar () Lactose () Glúten () Frutos do Mar () Amendoim, castanha ou nozes () Frutose () Pessoa com Diabetes () Outro (especifique): _____

Você se encontra em algumas dessas condições

() Gestante () Lactante () Pessoa obesa

III - Você está se inscrevendo em vaga de cotas?

() Sim ☒ Não.

Se sim, qual a sua preferência de identificação? (escolha apenas uma opção).

() pessoas negras (autodeclaradas pretas ou pardas) () pessoas com deficiência () pessoas LGBTQIAPN+
() pessoas idosas (mais de 60 anos) () adolescentes (12 a 17 anos) () jovens (18 a 29 anos) () migrantes, refugiados e apátridas () atingidos por barragens () indígenas () quilombolas () ciganos () extrativistas
() pescadores () comunidade de terreiro () ribeirinhos () agricultores familiares () assentados () beneficiários do programa nacional de crédito fundiário () acampados () atingidos por empreendimentos de infraestrutura
() famílias de presos do sistema carcerário () catadores de materiais recicláveis () pessoas em situação de rua.

IV- COMPROVAÇÃO DA "VINCULAÇÃO COM O SUAS" PARA CONCORRER A DELEGADA/O:

(anexar o documento comprobatório indicado abaixo)

Vaga de governo: () Portaria de nomeação (função ou cargo público) () Contrato de trabalho

Vaga da sociedade civil:

Se candidata/o à representante de usuárias/os:

() declaração de usuário dos serviços socioassistenciais emitida pela coordenação de unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 99/2023;
() comprovante de beneficiário do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada; comprovante de inscrição no CadÚnico.

Se candidata/o à representante de trabalhadoras/res:

() portaria de nomeação em concurso público;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 6/2015;
() contrato de trabalho para atuação unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF

Se candidata/o à representante de entidades/organizações da sociedade civil de assistência social:

() ata de eleição em caso de cargo de direção ou conselho;
() declaração da diretoria indicando o representante da entidade, em caso de técnico contratado

OUTRAS INFORMAÇÕES:

(Utilize este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

São Lourenço da Mata, 04 de julho de 2025.

FICHA DE INSCRIÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Dados gerais:

Nome: Aleione Tavorres Cirmino
 Nome Social (em destaque no crachá): _____
 Segmento: Sociedade Civil ☒ Governo () Usuários/os () Trabalhadoras/es () Entidades ()
 CPF: 037.173.174-11 Município: _____ UF: PE
 Telefone para contato/DDD (WhatsApp): 819 8537-8126
 E-mail: AleoneCirmino1@gmail.com

Escolaridade:

() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo () Pós-Graduação () Ensino Fundamental Incompleto
 () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto ☒ Ensino Médio Completo

Profissão/trabalho: cozinheira

Sexo biológico: () Masculino ☒ Feminino () Intersexo () Prefiro não informar

Identidade de gênero: () Homem cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

☒ Mulher cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Homem transgênero: (Se identifica como homem, mas foi designado como mulher ao nascer)

() Mulher transgênero: (Se identifica como mulher, mas foi designada como homem ao nascer)

() Pessoa não binária (pessoa cuja identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, podendo se identificar com um gênero que está entre esses dois, com ambos, com nenhum ou com um gênero)

() Prefiro não informar () Outro: _____

Autodeclaração racial: () Amarela (descendentes de asiáticos) () Branca () Indígena ☒ Parda/Negra () Preta/Negra
 () Prefiro Não Informar

Faixa Etária: () Adolescente (12 a 17 Anos) () Jovem (18 a 29 Anos) ☒ Adulta/o (30 a 59 Anos) () Idosa/o (Acima de 60 Anos) () Prefiro não Informar

Contato de emergência: Nome: Edvaldo Parentesco: companheiro
 Telefone/ whatsapp: 819 9866-8817

Pessoa com Deficiência: Sim () Não ()

se sim caso afirmativo, especificar a deficiência: () Física () Mobilidade reduzida () Visual () Auditiva ()

Intelectual () Múltipla () Transtorno do espectro autista - TEA () Outras Neurodivergências () Surdocegueira

() Outra deficiência. Especificar: _____

1-Você utiliza algum desses recurso de mobilidade? Sim () Não () Se sim qual? () Cadeira de rodas () Muletas
 () Andador () Outro. Qual? _____

2-Você utiliza alguma tecnologia assistiva? () Lupas () Software leitor () Material em Braille () Material
 ampliado () Intérprete de Libras () Audiodescrição () Outro. Qual? _____

3-Qual recurso/apoio/tecnologia assistiva é necessário
 para garantir a sua plena acessibilidade e participação? _____

II - INFORMAÇÃO DA (O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

II - INFORMAÇÃO DA(O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

Nome Social do acompanhante (em destaque no crachá): _____

Município: _____ UF: _____ Telefone/DDD: _____ WhatsApp/DDD: _____

Restrição alimentar: () Não possui restrição alimentar () Lactose () Glúten () Frutos do Mar () Amendoim, castanha ou nozes () Frutose () Pessoa com Diabetes () Outro (especifique): _____

Você se encontra em algumas dessas condições

() Gestante () Lactante () Pessoa obesa

III - Você está se inscrevendo em vaga de cotas?

() Sim () Não.

Se sim, qual a sua preferência de identificação? (escolha apenas uma opção).

() pessoas negras (autodeclaradas pretas ou pardas) () pessoas com deficiência () pessoas LGBTQIAPN+
() pessoas idosas (mais de 60 anos) () adolescentes (12 a 17 anos) () jovens (18 a 29 anos) () migrantes, refugiados e apátridas () atingidos por barragens () indígenas () quilombolas () ciganos () extrativistas
() pescadores () comunidade de terreiro () ribeirinhos () agricultores familiares () assentados () beneficiários do programa nacional de crédito fundiário () acampados () atingidos por empreendimentos de infraestrutura
() famílias de presos do sistema carcerário () catadores de materiais recicláveis () pessoas em situação de rua.

IV - COMPROVAÇÃO DA "VINCULAÇÃO COM O SUAS" PARA CONCORRER A DELEGADA/O: (anexar o documento comprobatório indicado abaixo)

Vaga de governo: ☒ Portaria de nomeação (função ou cargo público) () Contrato de trabalho

Vaga da sociedade civil:

Se candidata/o à representante de usuárias/os:

() declaração de usuário dos serviços socioassistenciais emitida pela coordenação de unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 99/2023;
() comprovante de beneficiário do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada; comprovante de inscrição no CadÚnico.

Se candidata/o à representante de trabalhadoras/res:

() portaria de nomeação em concurso público;
☒ atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 6/2015;
() contrato de trabalho para atuação unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF

Se candidata/o à representante de entidades/organizações da sociedade civil de assistência social:

() ata de eleição em caso de cargo de direção ou conselho;
() declaração da diretoria indicando o representante da entidade, em caso de técnico contratado

OUTRAS INFORMAÇÕES:

(Utilize este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

São Lourenço da Mata, 04 de julho de 2025.

FICHA DE INSCRIÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Dados gerais:

Nome: DANILLO HENRIQUE NIBEIRO DA SILVA
 Nome Social (em destaque no crachá): DANILLO HENRIQUE
 Segmento: Sociedade Civil () Governo () Usuários/os () Trabalhadoras/es (x) Entidades ()
 CPF: 202.922.954-73 Município: SÃO LOURENÇO DA MATA UF: PE
 Telefone para contato/DDD (WhatsApp): 319 6339-6270
 E-mail: RIQUE110512VADANILLO2022@GMAIL.COM

Escolaridade:

() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo () Pós-Graduação () Ensino Fundamental Incompleto
 () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto (x) Ensino Médio Completo

Profissão/trabalho: ENTREVISTADOR SOCIAL / CADÚNICO

Sexo biológico: (x) Masculino () Feminino () Intersexo () Prefiro não informar

Identidade de gênero: (x) Homem cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Mulher cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Homem transgênero: (Se identifica como homem, mas foi designado como mulher ao nascer)

() Mulher transgênero: (Se identifica como mulher, mas foi designada como homem ao nascer)

() Pessoa não binária (pessoa cuja identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, podendo se identificar com um gênero que está entre esses dois, com ambos, com nenhum ou com um gênero)

() Prefiro não informar () Outro: _____

Autodeclaração racial: () Amarela (descendentes de asiáticos) () Branca () Indígena (x) Parda/Negra () Preta/Negra
 () Prefiro Não Informar

Faixa Etária: () Adolescente (12 a 17 Anos) (x) Jovem (18 a 29 Anos) () Adulta/o (30 a 59 Anos) () Idosa/o (Acima de 60 Anos) () Prefiro não Informar

Contato de emergência: Nome: MARILYN BEIROGAMA Parentesco: MÃE
 Telefone/ whatsapp: 319 6334-0571

Pessoa com Deficiência: Sim () Não (x)

se sim caso afirmativo, especificar a deficiência: () Física () Mobilidade reduzida () Visual () Auditiva ()

Intelectual () Múltipla () Transtorno do espectro autista - TEA () Outras Neurodivergências () Surdocegueira

() Outra deficiência. Especificar: _____

1-Você utiliza algum desses recurso de mobilidade? Sim () Não () Se sim qual? () Cadeira de rodas () Muletas
 () Andador () Outro. Qual? _____

2-Você utiliza alguma tecnologia assistiva? () Lupas () Software leitor () Material em Braille () Material ampliado () Intérprete de Libras () Audiodescrição () Outro. Qual? _____

3-Qual recurso/apoio/tecnologia assistiva é necessário para garantir a sua plena acessibilidade e participação? _____

II - INFORMAÇÃO DA(O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome Social do acompanhante (em destaque no crachá): _____
Município: _____ UF: _____ Telefone/DDD: _____ WhatsApp/DDD: _____

Restrição alimentar: ☒ Não possuo restrição alimentar () Lactose () Glúten () Frutos do Mar () Amendoim, castanha ou nozes () Frutose () Pessoa com Diabetes () Outro (especifique): _____

Você se encontra em algumas dessas condições

() Gestante () Lactante () Pessoa obesa

III - Você está se inscrevendo em vaga de cotas?

() Sim () Não.

Se sim, qual a sua preferência de identificação? (escolha apenas uma opção).

☒ pessoas negras (autodeclaradas pretas ou pardas) () pessoas com deficiência () pessoas LGBTQIAPN+
() pessoas idosas (mais de 60 anos) () adolescentes (12 a 17 anos) () jovens (18 a 29 anos) () migrantes, refugiados e apátridas () atingidos por barragens () indígenas () quilombolas () ciganos () extrativistas
() pescadores () comunidade de terreiro () ribeirinhos () agricultores familiares () assentados () beneficiários do programa nacional de crédito fundiário () acampados () atingidos por empreendimentos de infraestrutura
() famílias de presos do sistema carcerário () catadores de materiais recicláveis () pessoas em situação de rua.

IV- COMPROVAÇÃO DA "VINCULAÇÃO COM O SUAS" PARA CONCORRER A DELEGADA/O:
(anexar o documento comprobatório indicado abaixo)

Vaga de governo: () Portaria de nomeação (função ou cargo público) () Contrato de trabalho

Vaga da sociedade civil:

Se candidata/o à representante de usuárias/os:

() declaração de usuário dos serviços socioassistenciais emitida pela coordenação de unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF;
☒ atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 99/2023;
() comprovante de beneficiário do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada; comprovante de inscrição no CadÚnico.

Se candidata/o à representante de trabalhadoras/res:

() portaria de nomeação em concurso público;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 6/2015;
() contrato de trabalho para atuação unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF

Se candidata/o à representante de entidades/organizações da sociedade civil de assistência social:

() ata de eleição em caso de cargo de direção ou conselho;
() declaração da diretoria indicando o representante da entidade, em caso de técnico contratado

OUTRAS INFORMAÇÕES:

(Utilize este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

São Lourenço da Mata, 04 de julho de 2025.

FICHA DE INSCRIÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Dados gerais:

Nome:

Deyvison Jose de Lima

Nome Social (em destaque no crachá):

Segmento: Sociedade Civil () Governo () Usuários/os () Trabalhadoras/es (X) Entidades ()

CPF: 133.548.324-89 Município: São Lourenço da Mata UF:

Telefone para contato/DDD (WhatsApp): (81) 9 8624.8350

E-mail: deysongmail.com

Escolaridade:

(X) Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo () Pós-Graduação () Ensino Fundamental Incompleto
() Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo

Profissão/trabalho: Coord. Cadastro Único / PBF

Sexo biológico: (X) Masculino () Feminino () Intersexo () Prefiro não informar

Identidade de gênero: (X) Homem cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Mulher cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Homem transgênero: (Se identifica como homem, mas foi designado como mulher ao nascer)

() Mulher transgênero: (Se identifica como mulher, mas foi designada como homem ao nascer)

() Pessoa não binária (pessoa cuja identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, podendo se identificar com um gênero que está entre esses dois, com ambos, com nenhum ou com um gênero)

() Prefiro não informar () Outro:

Autodeclaração racial: () Amarela (descendentes de asiáticos) () Branca () Indígena (X) Parda/Negra () Preta/Negra
() Prefiro Não Informar

Faixa Etária: () Adolescente (12 a 17 Anos) (X) Jovem (18 a 29 Anos) () Adulta/o (30 a 59 Anos) () Idosa/o (Acima de 60 Anos) () Prefiro não Informar

Contato de emergência: Nome: Mãe de Fatima Parentesco: Mãe
Telefone/ whatsapp: 988584498

Pessoa com Deficiência: Sim () Não (X)

se sim caso afirmativo, especificar a deficiência: () Física () Mobilidade reduzida () Visual () Auditiva ()

Intelectual () Múltipla () Transtorno do espectro autista - TEA () Outras Neurodivergências () Surdocegueira

() Outra deficiência. Especificar:

1-Você utiliza algum desses recurso de mobilidade? Sim () Não () Se sim qual? () Cadeira de rodas () Muletas

() Andador () Outro. Qual?

2-Você utiliza alguma tecnologia assistiva? () Lupas () Software leitor () Material em Braille () Material ampliado () Intérprete de Libras () Audiodescrição () Outro. Qual?

3-Qual recurso/apoio/tecnologia assistiva é necessário

para garantir a sua plena acessibilidade e participação?

II - INFORMAÇÃO DA(O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: Nome do acompanhante:

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome Social do acompanhante (em destaque no crachá): _____
Município: _____ UF: _____ Telefone/DDD: _____ WhatsApp/DDD: _____

Restrição alimentar: ☒ Não possuo restrição alimentar ☐ Lactose ☐ Glúten ☐ Frutos do Mar ☐ Amendoim, castanha ou nozes ☐ Frutose ☐ Pessoa com Diabetes ☐ Outro (especifique): _____

Você se encontra em algumas dessas condições
☐ Gestante ☐ Lactante ☐ Pessoa obesa

III - Você está se inscrevendo em vaga de cotas?

☐ Sim ☒ Não.

Se sim, qual a sua preferência de identificação? (escolha apenas uma opção).

☐ pessoas negras (autodeclaradas pretas ou pardas) ☐ pessoas com deficiência ☒ pessoas LGBTQIAPN+
☐ pessoas idosas (mais de 60 anos) ☐ adolescentes (12 a 17 anos) ☐ jovens (18 a 29 anos) ☐ migrantes, refugiados e apátridas ☐ atingidos por barragens ☐ indígenas ☐ quilombolas ☐ ciganos ☐ extrativistas
☐ pescadores ☐ comunidade de terreiro ☐ ribeirinhos ☐ agricultores familiares ☐ assentados ☐ beneficiários do programa nacional de crédito fundiário ☐ acampados ☐ atingidos por empreendimentos de infraestrutura
☐ famílias de presos do sistema carcerário ☐ catadores de materiais recicláveis ☐ pessoas em situação de rua.

IV- COMPROVAÇÃO DA "VINCULAÇÃO COM O SUAS" PARA CONCORRER A DELEGADA/O:

(anexar o documento comprobatório indicado abaixo)

Vaga de governo: ☐ Portaria de nomeação (função ou cargo público) ☐ Contrato de trabalho

Vaga da sociedade civil:

Se candidata/o à representante de usuárias/os:

☐ declaração de usuário dos serviços socioassistenciais emitida pela coordenação de unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF;
☒ atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 99/2023;
☐ comprovante de beneficiário do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada; comprovante de inscrição no CadÚnico.

Se candidata/o à representante de trabalhadoras/res:

☐ portaria de nomeação em concurso público;
☐ atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 6/2015;
☐ contrato de trabalho para atuação unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF

Se candidata/o à representante de entidades/organizações da sociedade civil de assistência social:

☐ ata de eleição em caso de cargo de direção ou conselho;
☐ declaração da diretoria indicando o representante da entidade, em caso de técnico contratado

OUTRAS INFORMAÇÕES:

(Utilize este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

São Lourenço da Mata, 04 de julho de 2025.

FICHA DE INSCRIÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Dados gerais:

Nome: Lucia Paula S. Silva
Nome Social (em destaque no crachá): _____
Segmento: Sociedade Civil (X) Governo () Usuários/os () Trabalhadoras/es () Entidades ()
CPF: 733.195.704-04 Município: S.L.M UF: PE
Telefone para contato/DDD (WhatsApp): 81-9-8887-5886
E-mail: lucia.paula.s.silva@pe.gov.br

Escolaridade:

() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo (X) Pós-Graduação () Ensino Fundamental Incompleto
() Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo

Profissão/trabalho: Assistente Social

Sexo biológico: () Masculino (X) Feminino () Intersexo () Prefiro não informar

Identidade de gênero: () Homem cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

(X) Mulher cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Homem transgênero: (Se identifica como homem, mas foi designado como mulher ao nascer)

() Mulher transgênero: (Se identifica como mulher, mas foi designada como homem ao nascer)

() Pessoa não binária (pessoa cuja identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, podendo se identificar com um gênero que está entre esses dois, com ambos, com nenhum ou com um gênero)

() Prefiro não informar () Outro: _____

Autodeclaração racial: () Amarela (descendentes de asiáticos) (X) Branca () Indígena () Parda/Negra () Preta/Negra
() Prefiro Não Informar

Faixa Etária: () Adolescente (12 a 17 Anos) () Jovem (18 a 29 Anos) (X) Adulta/o (30 a 59 Anos) () Idosa/o (Acima de 60 Anos) () Prefiro não Informar

Contato de emergência: Nome: Juliana Parentesco: filha
Telefone/ whatsapp: 9-9502-1053

Pessoa com Deficiência: Sim () Não (X)

se sim caso afirmativo, especificar a deficiência: () Física () Mobilidade reduzida () Visual () Auditiva ()

Intelectual () Múltipla () Transtorno do espectro autista - TEA () Outras Neurodivergências () Surdocegueira

() Outra deficiência. Especificar: _____

1-Você utiliza algum desses recurso de mobilidade? Sim () Não (X) Se sim qual? () Cadeira de rodas () Muletas
() Andador () Outro. Qual? _____

2-Você utiliza alguma tecnologia assistiva? () Lupas () Software leitor () Material em Braille () Material ampliado () Intérprete de Libras () Audiodescrição () Outro. Qual? _____

3-Qual recurso/apoio/tecnologia assistiva é necessário

para garantir a sua plena acessibilidade e participação? _____

II - INFORMAÇÃO DA (O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome Social do acompanhante (em destaque no crachá): _____
Município: _____ UF: _____ Telefone/DDD: _____ WhatsApp/DDD: _____

Restrição alimentar: ☒ Não possuo restrição alimentar () Lactose () Glúten () Frutos do Mar () Amendoim, castanha ou nozes () Frutose () Pessoa com Diabetes () Outro (especifique): _____

Você se encontra em algumas dessas condições
() Gestante () Lactante () Pessoa obesa

III - Você está se inscrevendo em vaga de cotas?
() Sim ☒ Não.

Se sim, qual a sua preferência de identificação? (escolha apenas uma opção).

() pessoas negras (autodeclaradas pretas ou pardas) () pessoas com deficiência () pessoas LGBTQIAPN+
() pessoas idosas (mais de 60 anos) () adolescentes (12 a 17 anos) () jovens (18 a 29 anos) () migrantes, refugiados e apátridas () atingidos por barragens () indígenas () quilombolas () ciganos () extrativistas
() pescadores () comunidade de terreiro () ribeirinhos () agricultores familiares () assentados () beneficiários do programa nacional de crédito fundiário () acampados () atingidos por empreendimentos de infraestrutura
() famílias de presos do sistema carcerário () catadores de materiais recicláveis () pessoas em situação de rua.

IV- COMPROVAÇÃO DA "VINCULAÇÃO COM O SUAS" PARA CONCORRER A DELEGADA/O:
(anexar o documento comprobatório indicado abaixo)

Vaga de governo: () Portaria de nomeação (função ou cargo público) () Contrato de trabalho

Vaga da sociedade civil:

Se candidata/o à representante de usuárias/os:

() declaração de usuário dos serviços socioassistenciais emitida pela coordenação de unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 99/2023;
() comprovante de beneficiário do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada; comprovante de inscrição no CadÚnico.

Se candidata/o à representante de trabalhadoras/res:

() portaria de nomeação em concurso público;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 6/2015;
() contrato de trabalho para atuação unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF

Se candidata/o à representante de entidades/organizações da sociedade civil de assistência social:

() ata de eleição em caso de cargo de direção ou conselho;
☒ declaração da diretoria indicando o representante da entidade, em caso de técnico contratado

OUTRAS INFORMAÇÕES:

(Utilize este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

São Lourenço da Mata, 04 de julho de 2025.

FICHA DE INSCRIÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Dados gerais:

Nome: Isabelle Jorge da Silva Torres
 Nome Social (em destaque no crachá): Isabelle
 Segmento: Sociedade Civil () Governo () Usuários/os () Trabalhadoras/es () Entidades (x)
 CPF: 086.695.454-62 Município: S.L.M. UF: PE
 Telefone para contato/DDD (WhatsApp): 988079153
 E-mail: isabelle24@hotmail.com

Escolaridade:

(x) Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo () Pós-Graduação () Ensino Fundamental Incompleto
 () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo

Profissão/trabalho: Flebotomica

Sexo biológico: () Masculino (x) Feminino () Intersexo () Prefiro não informar

Identidade de gênero: () Homem cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Mulher cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Homem transgênero: (Se identifica como homem, mas foi designado como mulher ao nascer)

() Mulher transgênero: (Se identifica como mulher, mas foi designada como homem ao nascer)

() Pessoa não binária (pessoa cuja identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, podendo se identificar com um gênero que está entre esses dois, com ambos, com nenhum ou com um gênero)

() Prefiro não informar () Outro: _____

Autodeclaração racial: () Amarela (descendentes de asiáticos) () Branca () Indígena (x) Parda/Negra () Preta/Negra
 () Prefiro Não Informar

Faixa Etária: () Adolescente (12 a 17 Anos) () Jovem (18 a 29 Anos) (x) Adulta/o (30 a 59 Anos) () Idosa/o (Acima de 60 Anos) () Prefiro não Informar

Contato de emergência: Nome: Rodrigo Parentesco: Esposo
 Telefone/ whatsapp: 988388540

Pessoa com Deficiência: Sim () Não (x)

se sim caso afirmativo, especificar a deficiência: () Física () Mobilidade reduzida () Visual () Auditiva ()

Intelectual () Múltipla () Transtorno do espectro autista - TEA () Outras Neurodivergências () Surdocegueira

() Outra deficiência. Especificar: _____

1-Você utiliza algum desses recurso de mobilidade? Sim () Não (x) Se sim qual? () Cadeira de rodas () Muletas
 () Andador () Outro. Qual? _____

2-Você utiliza alguma tecnologia assistiva? () Lupas () Software leitor () Material em Braille () Material ampliado () Intérprete de Libras () Audiodescrição () Outro. Qual? _____

3-Qual recurso/apoio/tecnologia assistiva é necessário para garantir a sua plena acessibilidade e participação? _____

II - INFORMAÇÃO DA (O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

II - INFORMAÇÃO DA (O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

Nome Social do acompanhante (em destaque no crachá): _____

Município: _____ UF: _____ Telefone/DDD: _____ WhatsApp/DDD: _____

Restrição alimentar: ☒ Não possui restrição alimentar () Lactose () Glúten () Frutos do Mar () Amendoim, castanha ou nozes () Frutose () Pessoa com Diabetes () Outro (especifique): _____

Você se encontra em algumas dessas condições

() Gestante () Lactante () Pessoa obesa

III - Você está se inscrevendo em vaga de cotas?

() Sim ☒ Não.

Se sim, qual a sua preferência de identificação? (escolha apenas uma opção).

() pessoas negras (autodeclaradas pretas ou pardas) () pessoas com deficiência () pessoas LGBTQIAPN+
() pessoas idosas (mais de 60 anos) () adolescentes (12 a 17 anos) () jovens (18 a 29 anos) () migrantes, refugiados e apátridas () atingidos por barragens () indígenas () quilombolas () ciganos () extrativistas
() pescadores () comunidade de terreiro () ribeirinhos () agricultores familiares () assentados () beneficiários do programa nacional de crédito fundiário () acampados () atingidos por empreendimentos de infraestrutura
() famílias de presos do sistema carcerário () catadores de materiais recicláveis () pessoas em situação de rua.

IV- COMPROVAÇÃO DA "VINCULAÇÃO COM O SUAS" PARA CONCORRER A DELEGADA/O: (anexar o documento comprobatório indicado abaixo)

Vaga de governo: () Portaria de nomeação (função ou cargo público) () Contrato de trabalho

Vaga da sociedade civil:

Se candidata/o à representante de usuárias/os:

☒ declaração de usuário dos serviços socioassistenciais emitida pela coordenação de unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 99/2023;
() comprovante de beneficiário do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada; comprovante de inscrição no CadÚnico.

Se candidata/o à representante de trabalhadoras/res:

() portaria de nomeação em concurso público;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 6/2015;
() contrato de trabalho para atuação unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF

Se candidata/o à representante de entidades/organizações da sociedade civil de assistência social:

() ata de eleição em caso de cargo de direção ou conselho;
☒ declaração da diretoria indicando o representante da entidade, em caso de técnico contratado

OUTRAS INFORMAÇÕES:

(Utilize este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

São Lourenço da Mata, 04 de julho de 2025.

FICHA DE INSCRIÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Dados gerais:

Nome: Jailene Maria da Silva
 Nome Social (em destaque no crachá): Jailene Silva
 Segmento: Sociedade Civil ☒ Governo ☐ Usuários/os ☐ Trabalhadoras/es ☐ Entidades ☒
 CPF: 042.090.934-6* Município: São Lourenço da Mata UF: PE
 Telefone para contato/DDD (WhatsApp): 31 98899 9021
 E-mail: jacy-silva@hotmail.com

Escolaridade:

☐ Ensino Superior Incompleto ☒ Ensino Superior Completo ☐ Pós-Graduação ☐ Ensino Fundamental Incompleto
☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Médio Incompleto ☐ Ensino Médio Completo

Profissão/trabalho: Assistente Social

Sexo biológico: ☐ Masculino ☒ Feminino ☐ Intersexo ☐ Prefiro não informar

Identidade de gênero: ☐ Homem cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

☒ Mulher cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

☐ Homem transgênero: (Se identifica como homem, mas foi designado como mulher ao nascer)

☐ Mulher transgênero: (Se identifica como mulher, mas foi designada como homem ao nascer)

☐ Pessoa não binária (pessoa cuja identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, podendo se identificar com um gênero que está entre esses dois, com ambos, com nenhum ou com um gênero)

☐ Prefiro não informar ☐ Outro: _____

Autodeclaração racial: ☐ Amarela (descendentes de asiáticos) ☐ Branca ☐ Indígena ☒ Parda/Negra ☐ Preta/Negra

☐ Prefiro Não Informar

Faixa Etária: ☐ Adolescente (12 a 17 Anos) ☐ Jovem (18 a 29 Anos) ☒ Adulta/o (30 a 59 Anos) ☐ Idosa/o (Acima de 60 Anos) ☐ Prefiro não informar

Contato de emergência: Nome: Willque Parentesco: Esposo

Telefone/ whatsapp: 31 24254227

Pessoa com Deficiência: Sim ☐ Não ☒

se sim caso afirmativo, especificar a deficiência: ☐ Física ☐ Mobilidade reduzida ☐ Visual ☐ Auditiva ☐

Intelectual ☐ Múltipla ☐ Transtorno do espectro autista - TEA ☐ Outras Neurodivergências ☐ Surdocegueira

☐ Outra deficiência. Especificar: _____

1-Você utiliza algum desses recurso de mobilidade? Sim ☐ Não ☐ Se sim qual? ☐ Cadeira de rodas ☐ Muletas

☐ Andador ☐ Outro. Qual? _____

2-Você utiliza alguma tecnologia assistiva? ☐ Lupas ☐ Software leitor ☐ Material em Braille ☐ Material

ampliado ☐ Intérprete de Libras ☐ Audiodescrição ☐ Outro. Qual? _____

3-Qual recurso/apoio/tecnologia assistiva é necessário para garantir a sua plena acessibilidade e participação? _____

II - INFORMAÇÃO DA(O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

Nome Social do acompanhante (em destaque no crachá): _____
Município: _____ UF: _____ Telefone/DDD: _____ WhatsApp/DDD: _____

Restrição alimentar: ☒ Não possuo restrição alimentar () Lactose () Glúten () Frutos do Mar () Amendoim, castanha ou nozes () Frutose () Pessoa com Diabetes () Outro (especifique): _____

Você se encontra em algumas dessas condições

() Gestante () Lactante () Pessoa obesa

III - Você está se inscrevendo em vaga de cotas?

() Sim ☒ Não.

Se sim, qual a sua preferência de identificação? (escolha apenas uma opção).

() pessoas negras (autodeclaradas pretas ou pardas) () pessoas com deficiência () pessoas LGBTQIAPN+
() pessoas idosas (mais de 60 anos) () adolescentes (12 a 17 anos) () jovens (18 a 29 anos) () migrantes,
refugiados e apátridas () atingidos por barragens () indígenas () quilombolas () ciganos () extrativistas
() pescadores () comunidade de terreiro () ribeirinhos () agricultores familiares () assentados () beneficiários
do programa nacional de crédito fundiário () acampados () atingidos por empreendimentos de infraestrutura
() famílias de presos do sistema carcerário () catadores de materiais recicláveis () pessoas em situação de rua.

IV- COMPROVAÇÃO DA "VINCULAÇÃO COM O SUAS" PARA CONCORRER A DELEGADA/O:
(anexar o documento comprobatório indicado abaixo)

Vaga de governo: () Portaria de nomeação (função ou cargo público) ☒ Contrato de trabalho

Vaga da sociedade civil:

Se candidata/o à representante de usuárias/os:

() declaração de usuário dos serviços socioassistenciais emitida pela coordenação de unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 99/2023;
() comprovante de beneficiário do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada; comprovante de inscrição no CadÚnico.

Se candidata/o à representante de trabalhadoras/res:

() portaria de nomeação em concurso público;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 6/2015;
() contrato de trabalho para atuação unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF

Se candidata/o à representante de entidades/organizações da sociedade civil de assistência social:

() ata de eleição em caso de cargo de direção ou conselho;
☒ declaração da diretoria indicando o representante da entidade, em caso de técnico contratado

OUTRAS INFORMAÇÕES:

(Utilize este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

FICHA DE INSCRIÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Dados gerais:

Nome: Flávia Maria Aparecida Martim
 Nome Social (em destaque no crachá): Flávia Martins
 Segmento: Sociedade Civil () Governo () Usuários/os () Trabalhadoras/es (X) Entidades ()
 CPF: 060.196.494-23 Município: São Lourenço da Mata UF: PE
 Telefone para contato/DDD (WhatsApp): 90532270
 E-mail: flamart005@hotmail.com

Escolaridade:

() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo (X) Pós-Graduação () Ensino Fundamental Incompleto
 () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo

Profissão/trabalho: Assistente Social

Sexo biológico: () Masculino (X) Feminino () Intersexo () Prefiro não informar

Identidade de gênero: () Homem cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

(X) Mulher cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Homem transgênero: (Se identifica como homem, mas foi designado como mulher ao nascer)

() Mulher transgênero: (Se identifica como mulher, mas foi designada como homem ao nascer)

() Pessoa não binária (pessoa cuja identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, podendo se identificar com um gênero que está entre esses dois, com ambos, com nenhum ou com um gênero)

() Prefiro não informar () Outro: _____

Autodeclaração racial: () Amarela (descendentes de asiáticos) () Branca () Indígena (X) Parda/Negra (X) Preta/Negra

() Prefiro Não Informar

Faixa Etária: () Adolescente (12 a 17 Anos) () Jovem (18 a 29 Anos) (X) Adulta/o (30 a 59 Anos) () Idosa/o (Acima de 60 Anos) () Prefiro não Informar

Contato de emergência: Nome: Elton Ramos Parentesco: esposo
 Telefone/ whatsapp: 984222665

Pessoa com Deficiência: Sim () Não (X)

se sim caso afirmativo, especificar a deficiência: () Física () Mobilidade reduzida () Visual () Auditiva ()

Intelectual () Múltipla () Transtorno do espectro autista - TEA () Outras Neurodivergências () Surdocegueira

() Outra deficiência. Especificar: _____

1-Você utiliza algum desses recurso de mobilidade? Sim () Não () Se sim qual? () Cadeira de rodas () Muletas
 () Andador () Outro. Qual? _____

2-Você utiliza alguma tecnologia assistiva? () Lupas () Software leitor () Material em Braille () Material
 ampliado () Intérprete de Libras () Audiodescrição () Outro. Qual? _____

3-Qual recurso/apoio/tecnologia assistiva é necessário
 para garantir a sua plena acessibilidade e participação? _____

II - INFORMAÇÃO DA (O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome Social do acompanhante (em destaque no crachá): _____

Município: _____ UF: _____ Telefone/DDD: _____ WhatsApp/DDD: _____

Restrição alimentar: ☒ Não possuo restrição alimentar () Lactose () Glúten () Frutos do Mar () Amendoim, castanha ou nozes () Frutose () Pessoa com Diabetes () Outro (especifique): _____

Você se encontra em algumas dessas condições

() Gestante () Lactante () Pessoa obesa

III - Você está se inscrevendo em vaga de cotas?

() Sim ☒ Não.

Se sim, qual a sua preferência de identificação? (escolha apenas uma opção).

() pessoas negras (autodeclaradas pretas ou pardas) () pessoas com deficiência () pessoas LGBTQIAPN+
() pessoas idosas (mais de 60 anos) () adolescentes (12 a 17 anos) () jovens (18 a 29 anos) () migrantes, refugiados e apátridas () atingidos por barragens () indígenas () quilombolas () ciganos () extrativistas
() pescadores () comunidade de terreiro () ribeirinhos () agricultores familiares () assentados () beneficiários do programa nacional de crédito fundiário () acampados () atingidos por empreendimentos de infraestrutura
() famílias de presos do sistema carcerário () catadores de materiais recicláveis () pessoas em situação de rua.

IV- COMPROVAÇÃO DA "VINCULAÇÃO COM O SUAS" PARA CONCORRER A DELEGADA/O:

(anexar o documento comprobatório indicado abaixo)

Vaga de governo: () Portaria de nomeação (função ou cargo público) ☒ Contrato de trabalho

Vaga da sociedade civil:

Se candidata/o à representante de usuárias/os:

() declaração de usuário dos serviços socioassistenciais emitida pela coordenação de unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 99/2023;
() comprovante de beneficiário do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada; comprovante de inscrição no CadÚnico.

Se candidata/o à representante de trabalhadoras/res:

() portaria de nomeação em concurso público;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 6/2015;
() contrato de trabalho para atuação unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF

Se candidata/o à representante de entidades/organizações da sociedade civil de assistência social:

() ata de eleição em caso de cargo de direção ou conselho;
☒ declaração da diretoria indicando o representante da entidade, em caso de técnico contratado

OUTRAS INFORMAÇÕES:

(Utilize este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

São Lourenço da Mata, 04 de julho de 2025.

FICHA DE INSCRIÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Dados gerais:

Nome: Rizete Srafim Costa
 Nome Social (em destaque no crachá): _____
 Segmento: Sociedade Civil () Governo ☒ Usuários/os () Trabalhadoras/es () Entidades ()
 CPF: 332.122.304-44 Município: S. Lourenço UF: PE
 Telefone para contato/DDD (WhatsApp): _____
 E-mail: 9.9216-9098

Escolaridade:

() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo ☒ Pós-Graduação () Ensino Fundamental Incompleto
 () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo

Profissão/trabalho: Assistente Social

Sexo biológico: () Masculino ☒ Feminino () Intersexo () Prefiro não informar

Identidade de gênero: () Homem cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Mulher cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Homem transgênero: (Se identifica como homem, mas foi designado como mulher ao nascer)

() Mulher transgênero: (Se identifica como mulher, mas foi designada como homem ao nascer)

() Pessoa não binária (pessoa cuja identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, podendo se identificar com um gênero que está entre esses dois, com ambos, com nenhum ou com um gênero)

() Prefiro não informar () Outro: _____

Autodeclaração racial: () Amarela (descendentes de asiáticos) ☒ Branca () Indígena () Parda/Negra () Preta/Negra
 () Prefiro Não Informar

Faixa Etária: () Adolescente (12 a 17 Anos) () Jovem (18 a 29 Anos) ☒ Adulta/o (30 a 59 Anos) () Idosa/o (Acima de 60 Anos) () Prefiro não Informar

Contato de emergência: Nome: _____ Parentesco: _____
 Telefone/ whatsapp: _____

Pessoa com Deficiência: Sim (X) Não ()

se sim caso afirmativo, especificar a deficiência: () Física () Mobilidade reduzida () Visual () Auditiva ()

Intelectual () Múltipla () Transtorno do espectro autista - TEA () Outras Neurodivergências () Surdocegueira

() Outra deficiência. Especificar: _____

1-Você utiliza algum desses recurso de mobilidade? Sim () Não () Se sim qual? () Cadeira de rodas () Muletas
 () Andador () Outro. Qual? _____

2-Você utiliza alguma tecnologia assistiva? () Lupas () Software leitor () Material em Braille () Material
 ampliado () Intérprete de Libras () Audiodescrição () Outro. Qual? _____

3-Qual recurso/apoio/tecnologia assistiva é necessário
 para garantir a sua plena acessibilidade e participação? _____

II - INFORMAÇÃO DA (O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome Social do acompanhante (em destaque no crachá): _____
Município: _____ UF: _____ Telefone/DDD: _____ WhatsApp/DDD: _____

Restrição alimentar: () Não possuo restrição alimentar () Lactose () Glúten () Frutos do Mar () Amendoim, castanha ou nozes () Frutose () Pessoa com Diabetes () Outro (especifique): _____

Você se encontra em algumas dessas condições

() Gestante () Lactante () Pessoa obesa

III - Você está se inscrevendo em vaga de cotas?

() Sim (x) Não.

Se sim, qual a sua preferência de identificação? (escolha apenas uma opção).

() pessoas negras (autodeclaradas pretas ou pardas) () pessoas com deficiência () pessoas LGBTQIAPN+
() pessoas idosas (mais de 60 anos) () adolescentes (12 a 17 anos) () jovens (18 a 29 anos) () migrantes, refugiados e apátridas () atingidos por barragens () indígenas () quilombolas () ciganos () extrativistas
() pescadores () comunidade de terreiro () ribeirinhos () agricultores familiares () assentados () beneficiários do programa nacional de crédito fundiário () acampados () atingidos por empreendimentos de infraestrutura () famílias de presos do sistema carcerário () catadores de materiais recicláveis () pessoas em situação de rua.

IV - COMPROVAÇÃO DA "VINCULAÇÃO COM O SUAS" PARA CONCORRER A DELEGADA/O:

(anexar o documento comprobatório indicado abaixo)

Vaga de governo: () Portaria de nomeação (função ou cargo público) (x) Contrato de trabalho

Vaga da sociedade civil:

Se candidata/o à representante de usuárias/os:

() declaração de usuário dos serviços socioassistenciais emitida pela coordenação de unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 99/2023;
() comprovante de beneficiário do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada; comprovante de inscrição no CadÚnico.

Se candidata/o à representante de trabalhadoras/res:

() portaria de nomeação em concurso público;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 6/2015;
() contrato de trabalho para atuação unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF

Se candidata/o à representante de entidades/organizações da sociedade civil de assistência social:

() ata de eleição em caso de cargo de direção ou conselho;
() declaração da diretoria indicando o representante da entidade, em caso de técnico contratado

OUTRAS INFORMAÇÕES:

(Utilize este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

São Lourenço da Mata, 04 de julho de 2025.

FICHA DE INSCRIÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Dados gerais:

Nome: Osvaldo José Vieira

Nome Social (em destaque no crachá): _____

Segmento: Sociedade Civil () Governo ☒ Usuários/os () Trabalhadoras/es () Entidades ()

CPF: 108.431.714-72 Município: S. Lourenço da Mata UF: PE

Telefone para contato/DDD (WhatsApp): (81) 9.2810-5410

E-mail: _____

Escolaridade:

() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo () Pós-Graduação () Ensino Fundamental Incompleto
☒ Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo

Profissão/trabalho: _____

Sexo biológico: ☒ Masculino () Feminino () Intersexo () Prefiro não informar

Identidade de gênero: ☒ Homem cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Mulher cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Homem transgênero: (Se identifica como homem, mas foi designado como mulher ao nascer)

() Mulher transgênero: (Se identifica como mulher, mas foi designada como homem ao nascer)

() Pessoa não binária (pessoa cuja identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, podendo se identificar com um gênero que está entre esses dois, com ambos, com nenhum ou com um gênero)

() Prefiro não informar () Outro: _____

Autodeclaração racial: () Amarela (descendentes de asiáticos) () Branca () Indígena ☒ Parda/Negra () Preta/Negra
() Prefiro Não Informar

Faixa Etária: () Adolescente (12 a 17 Anos) () Jovem (18 a 29 Anos) ☒ Adulta/o (30 a 59 Anos) () Idosa/o (Acima de 60 Anos) () Prefiro não Informar

Contato de emergência: Nome: _____ Parentesco: _____

Telefone/ whatsapp: _____

Pessoa com Deficiência: Sim () Não ☒

se sim caso afirmativo, especificar a deficiência: () Física () Mobilidade reduzida () Visual () Auditiva ()

Intelectual () Múltipla () Transtorno do espectro autista - TEA () Outras Neurodivergências () Surdocegueira

() Outra deficiência. Especificar: _____

1-Você utiliza algum desses recurso de mobilidade? Sim () Não () Se sim qual? () Cadeira de rodas () Muletas

() Andador () Outro. Qual? _____

2-Você utiliza alguma tecnologia assistiva? () Lupas () Software leitor () Material em Braille () Material ampliado () Intérprete de Libras () Audiodescrição () Outro. Qual? _____

3-Qual recurso/apoio/tecnologia assistiva é necessário

para garantir a sua plena acessibilidade e participação? _____

II - INFORMAÇÃO DA (O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome Social do acompanhante (em destaque no crachá): _____
Município: _____ UF: _____ Telefone/DDD: _____ WhatsApp/DDD: _____

Restrição alimentar: ☒ Não possui restrição alimentar () Lactose () Glúten () Frutos do Mar () Amendoim, castanha ou nozes () Frutose () Pessoa com Diabetes () Outro (especifique): _____

Você se encontra em algumas dessas condições
() Gestante () Lactante () Pessoa obesa

III - Você está se inscrevendo em vaga de cotas?

() Sim ☒ Não.

Se sim, qual a sua preferência de Identificação? (escolha apenas uma opção).

() pessoas negras (autodeclaradas pretas ou pardas) () pessoas com deficiência () pessoas LGBTQIAPN+
() pessoas idosas (mais de 60 anos) () adolescentes (12 a 17 anos) () jovens (18 a 29 anos) () migrantes, refugiados e apátridas () atingidos por barragens () indígenas () quilombolas () ciganos () extrativistas
() pescadores () comunidade de terreiro () ribeirinhos () agricultores familiares () assentados () beneficiários do programa nacional de crédito fundiário () acampados () atingidos por empreendimentos de infraestrutura
() famílias de presos do sistema carcerário () catadores de materiais recicláveis () pessoas em situação de rua.

IV. COMPROVAÇÃO DA "VINCULAÇÃO COM O SUAS" PARA CONCORRER A DELEGADA/O:
(anexar o documento comprobatório indicado abaixo)

Vaga de governo: () Portaria de nomeação (função ou cargo público) ☒ Contrato de trabalho

Vaga da sociedade civil:

Se candidata/o à representante de usuárias/os:

() declaração de usuário dos serviços socioassistenciais emitida pela coordenação de unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 99/2023;
() comprovante de beneficiário do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada; comprovante de inscrição no CadÚnico.

Se candidata/o à representante de trabalhadoras/res:

() portaria de nomeação em concurso público;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 6/2015;
() contrato de trabalho para atuação unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF

Se candidata/o à representante de entidades/organizações da sociedade civil de assistência social:

() ata de eleição em caso de cargo de direção ou conselho;
() declaração da diretoria indicando o representante da entidade, em caso de técnico contratado

OUTRAS INFORMAÇÕES:

(Utilize este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

São Lourenço da Mata, 04 de julho de 2025.

FICHA DE INSCRIÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Dados gerais:

Nome: Marcio Zelix da Silva

Nome Social (em destaque no crachá): _____

Segmento: Sociedade Civil () Governo (x) Usuários/os () Trabalhadoras/es (x) Entidades ()

CPF: 072.099.294-01 Município: São Lourenço da Mata UF: PE

Telefone para contato/DDD (WhatsApp): 81 9 9873 4992

E-mail: zelixmarcio149@gmail.com

Escolaridade:

☒ Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo () Pós-Graduação () Ensino Fundamental Incompleto
() Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo

Profissão/trabalho: Ax Administrativo

Sexo biológico: ☒ Masculino () Feminino () Intersexo () Prefiro não informar

Identidade de gênero: () Homem cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)
() Mulher cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)
() Homem transgênero: (Se identifica como homem, mas foi designado como mulher ao nascer)
() Mulher transgênero: (Se identifica como mulher, mas foi designada como homem ao nascer)
() Pessoa não binária (pessoa cuja identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, podendo se identificar com um gênero que está entre esses dois, com ambos, com nenhum ou com um gênero)
() Prefiro não informar () Outro: _____

Autodeclaração racial: () Amarela (descendentes de asiáticos) () Branca () Indígena ☒ Parda/Negra () Preta/Negra
() Prefiro Não Informar

Faixa Etária: () Adolescente (12 a 17 Anos) () Jovem (18 a 29 Anos) ☒ Adulta/o (30 a 59 Anos) () Idosa/o (Acima de 60 Anos) () Prefiro não Informar

Contato de emergência: Nome: _____ Parentesco: _____

Telefone/ whatsapp: _____

Pessoa com Deficiência: Sim () Não ☒

se sim caso afirmativo, especificar a deficiência: () Física () Mobilidade reduzida () Visual () Auditiva ()
Intelectual () Múltipla () Transtorno do espectro autista - TEA () Outras Neurodivergências () Surdocegueira
() Outra deficiência. Especificar: _____

1-Você utiliza algum desses recurso de mobilidade? Sim () Não () Se sim qual? () Cadeira de rodas () Muletas
() Andador () Outro. Qual? _____

2-Você utiliza alguma tecnologia assistiva? () Lupas () Software leitor () Material em Braille () Material
ampliado () Intérprete de Libras () Audiodescrição () Outro. Qual? _____

3-Qual recurso/apoio/tecnologia assistiva é necessário
para garantir a sua plena acessibilidade e participação? _____

II - INFORMAÇÃO DA (O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

II - INFORMAÇÃO DA (O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

Nome Social do acompanhante (em destaque no crachá): _____

Município: _____ UF: _____ Telefone/DDD: _____ WhatsApp/DDD: _____

Restrição alimentar: ☒ Não possuo restrição alimentar () Lactose () Glúten () Frutos do Mar () Amendoim, castanha ou nozes () Frutose () Pessoa com Diabetes () Outro (especifique): _____

Você se encontra em algumas dessas condições

() Gestante () Lactante () Pessoa obesa

III - Você está se inscrevendo em vaga de cotas?

() Sim ☒ Não.

Se sim, qual a sua preferência de identificação? (escolha apenas uma opção).

() pessoas negras (autodeclaradas pretas ou pardas) () pessoas com deficiência () pessoas LGBTQIAPN+
() pessoas idosas (mais de 60 anos) () adolescentes (12 a 17 anos) () jovens (18 a 29 anos) () migrantes, refugiados e apátridas () atingidos por barragens () indígenas () quilombolas () ciganos () extrativistas
() pescadores () comunidade de terreiro () ribeirinhos () agricultores familiares () assentados () beneficiários do programa nacional de crédito fundiário () acampados () atingidos por empreendimentos de infraestrutura
() famílias de presos do sistema carcerário () catadores de materiais recicláveis () pessoas em situação de rua.

IV- COMPROVAÇÃO DA "VINCULAÇÃO COM O SUAS" PARA CONCORRER A DELEGADA/O:

(anexar o documento comprobatório indicado abaixo)

Vaga de governo: () Portaria de nomeação (função ou cargo público) ☒ Contrato de trabalho

Vaga da sociedade civil:

Se candidata/o à representante de usuárias/os:

() declaração de usuário dos serviços socioassistenciais emitida pela coordenação de unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 99/2023;
() comprovante de beneficiário do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada; comprovante de inscrição no CadÚnico.

Se candidata/o à representante de trabalhadoras/res:

() portaria de nomeação em concurso público;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 6/2015;
() contrato de trabalho para atuação unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF

Se candidata/o à representante de entidades/organizações da sociedade civil de assistência social:

() ata de eleição em caso de cargo de direção ou conselho;
() declaração da diretoria indicando o representante da entidade, em caso de técnico contratado

OUTRAS INFORMAÇÕES:

(Utilize este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

São Lourenço da Mata, 04 de julho de 2025.

FICHA DE INSCRIÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Dados gerais:

Nome: Rute Ana Balé Silva Gomes
 Nome Social (em destaque no crachá): _____
 Segmento: Sociedade Civil () Governo ☒ Usuários/os () Trabalhadoras/es () Entidades ()
 CPF: 539.347.264-87 Município: SÃO LOURENÇO DA MATA UF: PE
 Telefone para contato/DDD (WhatsApp): 91 9 85394348
 E-mail: rute.bale@hotmail.com

Escolaridade:

() Ensino Superior Incompleto ☒ Ensino Superior Completo () Pós-Graduação () Ensino Fundamental Incompleto
 () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo

Profissão/trabalho: Assistente social

Sexo biológico: () Masculino ☒ Feminino () Intersexo () Prefiro não informar

Identidade de gênero: () Homem cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

☒ Mulher cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Homem transgênero: (Se identifica como homem, mas foi designado como mulher ao nascer)

() Mulher transgênero: (Se identifica como mulher, mas foi designada como homem ao nascer)

() Pessoa não binária (pessoa cuja identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, podendo se identificar com um gênero que está entre esses dois, com ambos, com nenhum ou com um gênero)

() Prefiro não informar () Outro: _____

Autodeclaração racial: () Amarela (descendentes de asiáticos) ☒ Branca () Indígena () Parda/Negra () Preta/Negra
 () Prefiro Não Informar

Faixa Etária: () Adolescente (12 a 17 Anos) () Jovem (18 a 29 Anos) ☒ Adulta/o (30 a 59 Anos) () Idosa/o (Acima de 60 Anos) () Prefiro não Informar

Contato de emergência: Nome: Artur Parentesco: Filho
 Telefone/ whatsapp: 981690312

Pessoa com Deficiência: Sim () Não ☒

se sim caso afirmativo, especificar a deficiência: () Física () Mobilidade reduzida () Visual () Auditiva ()

Intelectual () Múltipla () Transtorno do espectro autista - TEA () Outras Neurodivergências () Surdocegueira

() Outra deficiência. Especificar: _____

1-Você utiliza algum desses recurso de mobilidade? Sim () Não () Se sim qual? () Cadeira de rodas () Muletas

() Andador () Outro. Qual? _____

2-Você utiliza alguma tecnologia assistiva? () Lupas () Software leitor () Material em Braille () Material

amplado () Intérprete de Libras () Audiodescrição () Outro. Qual? _____

3-Qual recurso/apoio/tecnologia assistiva é necessário para garantir a sua plena acessibilidade e participação? _____

II - INFORMAÇÃO DA(O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome Social do acompanhante (em destaque no crachá): _____
Município: SÃO LOURENÇO UF: PE Telefone/DDD: 81 - 985394348 WhatsApp/DDD: _____

Restrição alimentar: ☒ Não possuo restrição alimentar () Lactose () Glúten () Frutos do Mar () Amendoim, castanha ou nozes () Frutose () Pessoa com Diabetes () Outro (especifique): _____

Você se encontra em algumas dessas condições
() Gestante () Lactante () Pessoa obesa

III - Você está se inscrevendo em vaga de cotas?

() Sim ☒ Não.

Se sim, qual a sua preferência de identificação? (escolha apenas uma opção).

() pessoas negras (autodeclaradas pretas ou pardas) () pessoas com deficiência () pessoas LGBTQIAPN+
() pessoas idosas (mais de 60 anos) () adolescentes (12 a 17 anos) () jovens (18 a 29 anos) () migrantes, refugiados e apátridas () atingidos por barragens () indígenas () quilombolas () ciganos () extrativistas
() pescadores () comunidade de terreiro () ribeirinhos () agricultores familiares () assentados () beneficiários do programa nacional de crédito fundiário () acampados () atingidos por empreendimentos de infraestrutura
() famílias de presos do sistema carcerário () catadores de materiais recicláveis () pessoas em situação de rua.

IV- COMPROVAÇÃO DA "VINCULAÇÃO COM O SUAS" PARA CONCORRER A DELEGADA/O:

(anexar o documento comprobatório indicado abaixo)

Vaga de governo: () Portaria de nomeação (função ou cargo público) ☒ Contrato de trabalho

Vaga da sociedade civil:

Se candidata/o à representante de usuárias/os:

() declaração de usuário dos serviços socioassistenciais emitida pela coordenação de unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 99/2023;
() comprovante de beneficiário do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada; comprovante de inscrição no CadÚnico.

Se candidata/o à representante de trabalhadoras/res:

() portaria de nomeação em concurso público;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 6/2015;
☒ contrato de trabalho para atuação unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF

Se candidata/o à representante de entidades/organizações da sociedade civil de assistência social:

() ata de eleição em caso de cargo de direção ou conselho;
() declaração da diretoria indicando o representante da entidade, em caso de técnico contratado

OUTRAS INFORMAÇÕES:

(Utilize este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

São Lourenço da Mata, 04 de julho de 2025.

FICHA DE INSCRIÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Dados gerais:

Nome: Tamires Anunciada dos Santos
 Nome Social (em destaque no crachá): _____
 Segmento: Sociedade Civil () Governo () Usuárias/os () Trabalhadoras/es (x) Entidades ()
 CPF: 113.756.464-43 Município: São Lourenço da Mata UF: _____
 Telefone para contato/DDD (WhatsApp): 81 999 11 7323
 E-mail: santostha@gmail.com

Escolaridade:

() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo () Pós-Graduação () Ensino Fundamental Incompleto
 () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto (x) Ensino Médio Completo

Profissão/trabalho: Supervisora

Sexo biológico: () Masculino (x) Feminino () Intersexo () Prefiro não informar

Identidade de gênero: () Homem cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Mulher cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Homem transgênero: (Se identifica como homem, mas foi designado como mulher ao nascer)

() Mulher transgênero: (Se identifica como mulher, mas foi designada como homem ao nascer)

() Pessoa não binária (pessoa cuja identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, podendo se identificar com um gênero que está entre esses dois, com ambos, com nenhum ou com um gênero)

() Prefiro não informar () Outro: _____

Autodeclaração racial: () Amarela (descendentes de asiáticos) () Branca () Indígena () Parda/Negra (x) Preta/Negra

() Prefiro Não Informar

Faixa Etária: () Adolescente (12 a 17 Anos) (x) Jovem (18 a 29 Anos) () Adulta/o (30 a 59 Anos) () Idosa/o (Acima de 60 Anos) () Prefiro não Informar

Contato de emergência: Nome: Vilma Parentesco: Mãe

Telefone/ whatsapp: 99845-7092

Pessoa com Deficiência: Sim () Não (x)

se sim caso afirmativo, especificar a deficiência: () Física () Mobilidade reduzida () Visual () Auditiva ()

Intelectual () Múltipla () Transtorno do espectro autista - TEA () Outras Neurodivergências () Surdocegueira

() Outra deficiência. Especificar: _____

1-Você utiliza algum desses recurso de mobilidade? Sim () Não () Se sim qual? () Cadeira de rodas () Muletas

() Andador () Outro. Qual? _____

2-Você utiliza alguma tecnologia assistiva? () Lupas () Software leitor () Material em Braille () Material

ampliado () Intérprete de Libras () Audiodescrição () Outro. Qual? _____

3-Qual recurso/apoio/tecnologia assistiva é necessário

para garantir a sua plena acessibilidade e participação? _____

II - INFORMAÇÃO DA (O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

II - INFORMAÇÃO DA (O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPR do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

Nome Social do acompanhante (em destaque no crachá): _____

Município: _____ UF: _____ Telefone/DDD: _____ WhatsApp/DDD: _____

Restrição alimentar: () Não possui restrição alimentar () Lactose () Glúten () Frutos do Mar () Amendoim, castanha ou nozes () Frutose () Pessoa com Diabetes () Outro (especifique): _____

Você se encontra em algumas dessas condições

() Gestante () Lactante () Pessoa obesa

III - Você está se inscrevendo em vaga de cotas?

() Sim () Não.

Se sim, qual a sua preferência de identificação? (escolha apenas uma opção).

() pessoas negras (autodeclaradas pretas ou pardas) () pessoas com deficiência () pessoas LGBTQIAPN+
() pessoas idosas (mais de 60 anos) () adolescentes (12 a 17 anos) () jovens (18 a 29 anos) () migrantes, refugiados e apátridas () atingidos por barragens () indígenas () quilombolas () ciganos () extrativistas
() pescadores () comunidade de terreiro () ribeirinhos () agricultores familiares () assentados () beneficiários do programa nacional de crédito fundiário () acampados () atingidos por empreendimentos de infraestrutura
() famílias de presos do sistema carcerário () catadores de materiais recicláveis () pessoas em situação de rua.

IV- COMPROVAÇÃO DA "VINCULAÇÃO COM O SUAS" PARA CONCORRER A DELEGADA/O:

(anexar o documento comprobatório indicado abaixo)

Vaga de governo: () Portaria de nomeação (função ou cargo público) ☒ Contrato de trabalho

Vaga da sociedade civil:

Se candidata/o à representante de usuáries/os:

() declaração de usuário dos serviços socioassistenciais emitida pela coordenação de unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 99/2023;
() comprovante de beneficiário do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada; comprovante de inscrição no CadÚnico.

Se candidata/o à representante de trabalhadoras/res:

() portaria de nomeação em concurso público;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 6/2015;
() contrato de trabalho para atuação unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF

Se candidata/o à representante de entidades/organizações da sociedade civil de assistência social:

() ata de eleição em caso de cargo de direção ou conselho;
() declaração da diretoria indicando o representante da entidade, em caso de técnico contratado

OUTRAS INFORMAÇÕES:

(Utilize este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

São Lourenço da Mata, 04 de julho de 2025.

FICHA DE INSCRIÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Dados gerais:

Nome: Matheus Alexandre dos Santos
 Nome Social (em destaque no crachá): _____
 Segmento: Sociedade Civil () Governo () Usuários/os () Trabalhadoras/es ☒ Entidades ()
 CPF: 11804420409 Município: S. Lourenço da Mata UF: PE
 Telefone para contato/DDD (WhatsApp): 81994036942
 E-mail: Tneus-88@outlook.com

Escolaridade:

() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo ☒ Pós-Graduação () Ensino Fundamental Incompleto
 () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo

Profissão/trabalho: Psicólogo / Técnica Social

Sexo biológico: ☒ Masculino () Feminino () Intersexo () Prefiro não informar

Identidade de gênero: ☒ Homem cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Mulher cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Homem transgênero: (Se identifica como homem, mas foi designado como mulher ao nascer)

() Mulher transgênero: (Se identifica como mulher, mas foi designada como homem ao nascer)

() Pessoa não binária (pessoa cuja identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, podendo se identificar com um gênero que está entre esses dois, com ambos, com nenhum ou com um gênero)

() Prefiro não informar () Outro: _____

Autodeclaração racial: () Amarela (descendentes de asiáticos) () Branca () Indígena ☒ Parda/Negra () Preta/Negra
 () Prefiro Não Informar

Faixa Etária: () Adolescente (12 a 17 Anos) ☒ Jovem (18 a 29 Anos) () Adulta/o (30 a 59 Anos) () Idosa/o (Acima de 60 Anos) () Prefiro não Informar

Contato de emergência: Nome: Matheus Alexandre Parentesco: mãe
 Telefone/ whatsapp: 985386571

Pessoa com Deficiência: Sim () Não ☒

se sim caso afirmativo, especificar a deficiência: () Física () Mobilidade reduzida () Visual () Auditiva ()

Intelectual () Múltipla () Transtorno do espectro autista - TEA () Outras Neurodivergências () Surdocegueira

() Outra deficiência. Especificar: _____

1-Você utiliza algum desses recurso de mobilidade? Sim () Não () Se sim qual? () Cadeira de rodas () Muletas
 () Andador () Outro. Qual? _____

2-Você utiliza alguma tecnologia assistiva? () Lupas () Software leitor () Material em Braille () Material ampliado () Intérprete de Libras () Audiodescrição () Outro. Qual? _____

3-Qual recurso/apoio/tecnologia assistiva é necessário para garantir a sua plena acessibilidade e participação? _____

II - INFORMAÇÃO DA (O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

II - INFORMAÇÃO DA (O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

Nome Social do acompanhante (em destaque no crachá): _____

Município: _____ UF: _____ Telefone/DDD: _____ WhatsApp/DDD: _____

Restrição alimentar: () Não possuo restrição alimentar () Lactose () Glúten () Frutos do Mar () Amendoim, castanha ou nozes () Frutose () Pessoa com Diabetes () Outro (especifique): _____

Você se encontra em algumas dessas condições

() Gestante () Lactante () Pessoa obesa

III - Você está se inscrevendo em vaga de cotas?

() Sim () Não.

Se sim, qual a sua preferência de identificação? (escolha apenas uma opção).

() pessoas negras (autodeclaradas pretas ou pardas) () pessoas com deficiência () pessoas LGBTQIAPN+
() pessoas idosas (mais de 60 anos) () adolescentes (12 a 17 anos) () jovens (18 a 29 anos) () migrantes, refugiados e apátridas () atingidos por barragens () indígenas () quilombolas () ciganos () extrativistas
() pescadores () comunidade de terreiro () ribeirinhos () agricultores familiares () assentados () beneficiários do programa nacional de crédito fundiário () acampados () atingidos por empreendimentos de infraestrutura
() famílias de presos do sistema carcerário () catadores de materiais recicláveis () pessoas em situação de rua.

IV- COMPROVAÇÃO DA "VINCULAÇÃO COM O SUAS" PARA CONCORRER A DELEGADA/O:

(anexar o documento comprobatório indicado abaixo)

Vaga de governo: () Portaria de nomeação (função ou cargo público) ☒ Contrato de trabalho

Vaga da sociedade civil:

Se candidata/o à representante de usuárias/os:

() declaração de usuário dos serviços socioassistenciais emitida pela coordenação de unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 99/2023;
() comprovante de beneficiário do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada; comprovante de inscrição no CadÚnico.

Se candidata/o à representante de trabalhadoras/res:

() portaria de nomeação em concurso público;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 6/2015;
() contrato de trabalho para atuação unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF

Se candidata/o à representante de entidades/organizações da sociedade civil de assistência social:

() ata de eleição em caso de cargo de direção ou conselho;
() declaração da diretoria indicando o representante da entidade, em caso de técnico contratado

OUTRAS INFORMAÇÕES:

(Utilize este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

São Lourenço da Mata, 04 de julho de 2025.

FICHA DE INSCRIÇÃO

I - IDENTIFICAÇÃO:

Dados gerais:

Nome: Eliane Gabriel de Melo Umbelino
 Nome Social (em destaque no crachá): Eliane
 Segmento: Sociedade Civil () Governo (X) Usuárias/os () Trabalhadoras/es () Entidades ()
 CPF: 06047624456 Município: São Lourenço da Mata UF: PE
 Telefone para contato/DDD (WhatsApp): 81 985929762
 E-mail: elianeumbelino69@gmail.com

Escolaridade:

() Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo (X) Pós-Graduação () Ensino Fundamental Incompleto
 () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo

Profissão/trabalho: Assistente social

Sexo biológico: () Masculino (X) Feminino () Intersexo () Prefiro não informar

Identidade de gênero: () Homem cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

(X) Mulher cisgênero (se identifica com o sexo atribuído no nascimento)

() Homem transgênero: (Se identifica como homem, mas foi designado como mulher ao nascer)

() Mulher transgênero: (Se identifica como mulher, mas foi designada como homem ao nascer)

() Pessoa não binária (pessoa cuja identidade de gênero não se encaixa exclusivamente nas categorias tradicionais de homem ou mulher, podendo se identificar com um gênero que está entre esses dois, com ambos, com nenhum ou com um gênero)

() Prefiro não informar () Outro: _____

Autodeclaração racial: (X) Amarela (descendentes de asiáticos) () Branca () Indígena () Parda/Negra () Preta/Negra
 () Prefiro Não Informar

Faixa Etária: () Adolescente (12 a 17 Anos) () Jovem (18 a 29 Anos) (X) Adulta/o (30 a 59 Anos) () Idosa/o (Acima de 60 Anos) () Prefiro não Informar

Contato de emergência: Nome: _____ Parentesco: _____
 Telefone/ whatsapp: _____

Pessoa com Deficiência: Sim () Não (X)

se sim caso afirmativo, especificar a deficiência: () Física () Mobilidade reduzida () Visual () Auditiva ()

Intelectual () Múltipla () Transtorno do espectro autista - TEA () Outras Neurodivergências () Surdocegueira

() Outra deficiência. Especificar: _____

1-Você utiliza algum desses recurso de mobilidade? Sim () Não () Se sim qual? () Cadeira de rodas () Muletas
 () Andador () Outro. Qual? _____

2-Você utiliza alguma tecnologia assistiva? () Lupas () Software leitor () Material em Braile () Material ampliado () Intérprete de Libras () Audiodescrição () Outro. Qual? _____

3-Qual recurso/apoio/tecnologia assistiva é necessário para garantir a sua plena acessibilidade e participação? _____

II - INFORMAÇÃO DA (O) ACOMPANHANTE (quando for o caso)

CPF do acompanhante: _____ Nome do acompanhante: _____

FICHA DE INSCRIÇÃO

Nome Social do acompanhante (em destaque no crachá): _____

Município: _____ UF: _____ Telefone/DDD: _____ WhatsApp/DDD: _____

Restrição alimentar: (X) Não possuo restrição alimentar () Lactose () Glúten () Frutos do Mar () Amendoim, castanha ou nozes () Frutose () Pessoa com Diabetes () Outro (especifique): _____

Você se encontra em algumas dessas condições

() Gestante () Lactante () Pessoa obesa

III - Você está se inscrevendo em vaga de cotas?

() Sim (X) Não.

Se sim, qual a sua preferência de identificação? (escolha apenas uma opção).

() pessoas negras (autodeclaradas pretas ou pardas) () pessoas com deficiência () pessoas LGBTQIAPN+
() pessoas idosas (mais de 60 anos) () adolescentes (12 a 17 anos) () jovens (18 a 29 anos) () migrantes, refugiados e apátridas () atingidos por barragens () indígenas () quilombolas () ciganos () extrativistas
() pescadores () comunidade de terreiro () ribeirinhos () agricultores familiares () assentados () beneficiários do programa nacional de crédito fundiário () acampados () atingidos por empreendimentos de infraestrutura
() famílias de presos do sistema carcerário () catadores de materiais recicláveis () pessoas em situação de rua.

IV- COMPROVAÇÃO DA "VINCULAÇÃO COM O SUAS" PARA CONCORRER A DELEGADA/O:

(anexar o documento comprobatório indicado abaixo)

Vaga de governo: () Portaria de nomeação (função ou cargo público) (X) Contrato de trabalho

Vaga da sociedade civil:

Se candidata/o à representante de usuárias/os:

() declaração de usuário dos serviços socioassistenciais emitida pela coordenação de unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 99/2023;
() comprovante de beneficiário do Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada; comprovante de inscrição no CadÚnico.

Se candidata/o à representante de trabalhadoras/res:

() portaria de nomeação em concurso público;
() atestado de vínculo funcional com a organização representativa conforme Resolução CNAS nº 6/2015;
() contrato de trabalho para atuação unidade pública ou entidade/organização da sociedade civil do SUAS, devidamente inscrita no CMAS ou CAS-DF

Se candidata/o à representante de entidades/organizações da sociedade civil de assistência social:

() ata de eleição em caso de cargo de direção ou conselho;
() declaração da diretoria indicando o representante da entidade, em caso de técnico contratado

OUTRAS INFORMAÇÕES:

(Utilize este espaço somente se necessário e com a maior objetividade possível)

São Lourenço da Mata, 04 de julho de 2025.



SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO
SOCIAL, MULHER E PROMOÇÃO À
CIDADANIA



RELAÇÃO DE PRESENÇA NAS
PRÉ-CONFERENCIAS
19/06/25(CRAS TIUMA)
25/06/25(CRAS MATRIZ DA LUZ)



PRÉ-CONFERÊNCIA - TIUMA - FICHA DE PRESENÇA

14ª Conferência Municipal da Assistência Social de São Lourenço da Mata

TEMA: " 20 anos do SUAS: construção, proteção social e resistência "

NOME	REPRESENTATIVIDADE	FONE
1- Lúcio Paulo	Sociedade civil	8887-5886
2- Josefa Maria da Silva		
3- Immanuel de Silva Brito	11	
4- Adriana Maria da Silva	11	
5- Josefa Maria da Silva	11	988781699
6- Fabiano Batista	11	
7- Joseni Lela Batista		998517678
8- Andreza Batista		998517678
9- Joseane Maria da Silva Sales	Sociedade civil	96084950
10- Jose Gomes Rodrigues	11	
11- Emanoel Izabel	governo	985929762
12- Danielli Santiago	GOV	984458802
13- Leucinei Luis Reis	11	983165711
14- Felipe Balduino	CRAS Centro	99905-0238
15- Debara Tenório	Conselhos	991590430
16- Flávia Martins	SCFV	996532270

São Lourenço da Mata, 19 de junho de 2025.



PRÉ-CONFERÊNCIA - TIÚMA - FICHA DE PRESENÇA

14ª Conferência Municipal de Assistência Social de São Lourenço da Mata

TEMA: " 20 anos do SUAS: construção, proteção social e resistência "

NOME	REPRESENTATIVIDADE	FONE
1- Elmiria mariado	Sociedade civil	9.8630-8508
2- maria dos netes	11	9.9415-1924
3- marinês Jorjais	Gov.	9.9610-0136
4- Deyreison Lima	Cadastro Único	99655 1223
5- Jennifer Franca	Secretaria da Mulher	996527483
6- Letícia Albuquerque	Vib. Socialista	98662-1047
7- Maria Luiza de Farias Feli	81996863454	
8- Sueli maria do Nascimento	11	99706-3268
9- José José de Silva	11	99231-4438
10- Mª Jaciana de L. Pedraza	11	98686 0877
11- Lúcia de Araújo Leitura		98557-9075
12- Vanda de Almeida	AST - CRAS Tiúma	81.999369670
13- Moisés Nogueira	CREAS	1811 985271767
14- Rocio Santos	CREAS	81.983135756
15- Elvira Brito Maria		81 985907721
16- Donaldo Cristiano de Silva		81 986030032

São Lourenço da Mata, 19 de junho de 2025.



PRÉ-CONFERÊNCIA - TIÚMA - FICHA DE PRESENÇA

14ª Conferência Municipal da Assistência Social de São Lourenço da Mata

TEMA: " 20 anos do SUAS: construção, proteção social e resistência "

NOME	REPRESENTATIVIDADE	FONE
1- <i>Rute Fabricio Silva</i>	<i>AMA</i>	<i>999401315</i>
2-		
3-		
4-		
5-		
6-		
7-		
8-		
9-		
10-		
11-		
12-		
13-		
14-		
15-		
16-		

São Lourenço da Mata, 19 de junho de 2025.



PRÉ-CONFERÊNCIA - ZONA RURAL - MATRIZ DA LUZ -
FICHA DE PRESENÇA

14ª Conferência Municipal da Assistência Social de São Lourenço da Mata

TEMA: " 20 anos do SUAS: construção, proteção social e resistência "

NOME	REPRESENTATIVIDADE	FONE
1- Edite da Silva	S. civil	9.8228.9194
2- Rosilamario da Silva		83369306
3- Silvanilda maria da Silva		9.85702242
4- Cleane justina da Silva		82460286
5- Netania Martins da Silva		
6- Lucinete da Silva		988672363
7- Simone Santos de Lima		81982201029
8- Angélio marie concia da Silva		81.83871907
9- Creusa Francisco		97101.5605
10- Marcos de Almeida da Silva		
11- Nelci Edite de Oliveira		98795-4018
12- Severina da Silva		98215-3689
13- Roseane Maria Pereira		983528786
14- Ivânia pedro Neroni de		982143840
15- Eliane maria Floriano		87866483
16- Josefa Gomes da Silva		85754320

São Lourenço da Mata, 25 de junho de 2025.



PRÉ-CONFERÊNCIA - ZONA RURAL - MATRIZ DA LUZ -
FICHA DE PRESENÇA

14ª Conferência Municipal da Assistência Social de São Lourenço da Mata

TEMA: " 20 anos do SUAS: construção, proteção social e resistência "

NOME	REPRESENTATIVIDADE	FONE
1- Severina Leuvinha		
2- Antonio Maria da Silva		
3- Marinho de Almeida		81 052832
4- Rosmeide Maria da Silva		82426110
5- Rosendo Juliana da Silva		
6- Maria Rosa dos Anjos da Silva		
7- Creusa Severina Felomeno		81 995019
8- Marinho Magda Silva		89 604142
9- Maria da Luz Ferreira		
10- Mario José Monteiro		
11- Ana Maria da Conceição		
12- Margarida José da Silva		
13- Paulo Ferreira da Silva		
14- Filizma Maria da Silva	Governo	81 981868739
15- Maria do Espírito Santo		9 0493-8990
16- Rauldo Maria da Silva		989359676

São Lourenço da Mata, 25 de junho de 2025.



PRÉ-CONFERÊNCIA - ZONA RURAL - MATRIZ DA LUZ - FICHA DE PRESENÇA

14ª Conferência Municipal da Assistência Social de São Lourenço da Mata

TEMA: " 20 anos do SUAS: construção, proteção social e resistência "

NOME	REPRESENTATIVIDADE	FONE
1- Mãe Adelaide de Barros	Govt.	992342354
2- Moisés Farias da S. Neto	Gov	987577626
3- Marlene Reis de Souza	Gov.	98316-5711
4- Maria Maria	Gov	98403-9480.
5- Flávio Martins	Gov	996532270
6- Felipe Balbino	CRAS Centro	95905-0838
7-		
8-		
9-		
10-		
11-		
12-		
13-		
14-		
15-		
16-		

São Lourenço da Mata, 25 de junho de 2025.



RELAÇÃO DE PRESENÇA NA 14ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE SÃO LOURENÇO DA MATA

FICHA DE PRESENÇA DA 14ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

DATA: 04/07/2025.



NOME DO PARTICIPANTES	ENTIDADES QUE REPRESENTA	TELEFONE	E-MAIL
1- <i>Rafaela Thales Silva Lima</i>	CSU	8199530-6053	<i>rafaelathales@outlook.com</i>
2- <i>Luiza G. Gomes</i>	CREAS	81983135756	<i>LIGIASANTOSPS1@OUTLOOK.COM</i>
3- <i>Wend HENRIQUE SANTOS</i>	CSU	85998966305	
4- <i>Conceição Ap. Inês de Jesus</i>	<i>Associação</i>	988993851	<i>conceicao@ig.com.br</i>
5- <i>Raulo de Araújo</i>		99824-9569	
6- <i>Artur Souel Costa</i>	ENDER	994027171	<i>ArturSouelCosta@gmail.com</i>
7- <i>Priscila Gomes da Silva</i>	CREAS	81998405300	<i>priscilagomes@gmail.com</i>
8- <i>Antônio Fabrício Sales</i>	ATMA	81999401315	<i>antoniobrasileiro@gmail.com</i>
9- <i>Arthur F. Cavalcanti</i>	SOCIEDADE C. <i>YB Ar. YB Ar. YB Ar.</i>	8199993-5946	<i>arthurcavalcanti@gmail.com</i>
10- <i>Roberta M. de Silva</i>	WVU	8199977-6385	<i>RobertaMdeSilva@gmail.com</i>
11- <i>Marcos Felix</i>	CSU	8199873-4992	<i>marcosf149@gmail.com</i>

FICHA DE PRESENÇA DA 14ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

DATA: 04/07/2025.

NOME DO PARTICIPANTES	ENTIDADES QUE REPRESENTA	TELEFONE	E-MAIL
1- Gilbreyes	MST	985830245	gomesj199900a@jani.k04.
2- Renato Lanchine de M. Cruz	CREAS	99203-8984	juratacruz418@gmail.com
3- Margarida Me de D. mope	CREAS	994266265	marjagaydaoliveira14@hotmail.com
4- Taliane Viana da Silva	Remedando A vida	989954021	gassy.viana@lata.mt.br
5- Doraci pinheiro	Soc. Mulher	98618-0894	lday.pinheiro@hotmail.com
6- Dina Te L. L. L.	CREAS	98722-0519	pinpoe2023@jani.k04.
7- Gabriel Moraes da S. T. T.	ABT Tuiume	988079113	gabriel24@hotmail.com
8- Maria Helena da S. Lima	CABT Tuiume	987923037	
9- Silvia C. Bellus. Agudo	CREAS	982026362	silvia_cibelli@yahoo.com.br
10- Maria Eduarda de Santana	CRAS	988837474	eduardadelis@ig24@gmail.com
11- Débora Viana da Silva A. Pinho	Comunidade	991590480	deborataviana@gmail.com



FICHA DE PRESENÇA DA 14ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

DATA: 04/07/2025,

NOME DO PARTICIPANTES	ENTIDADES QUE REPRESENTA	TELEFONE	E-MAIL
1- Bruna Raphaelin		99955-5524	
2- Inacy Francisco		98687-0558	
3- Raissa Amorim		99107-1065	
4- Renata M. dos Santos		97334-8464	renatam@gmail.com
5- Maria Julia Ferreira dos Santos	Cad Único	98370-3318	
6- Milena Paulayne O. Silva, Horail	Cad Único	98867-9696	
7- Aline Torres Diniz	For.	98537-8126	
8- Caroline Gomes de Souza	For.	9893741371	
9- Mari Frazeeira Alves	COMUD	98855-5376	SAOLOART@GMAIL.COM
10- Francete Leite da N. Castro Dir. LG-BT		819-8460-3089	franceteleite2012@gmail.com
11- Maria Moura	SDSMPC	8198403-9480	dpreslim.p@gmail.br

FICHA DE PRESENÇA DA 14ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

DATA: 04/07/2025.

NOME DO PARTICIPANTES	ENTIDADES QUE REPRESENTA	TELEFONE	E-MAIL
1- Matheus Alexandre dos Santos	CNEAS	997036947	Thems-28aoutlook.com
2- Darani Gomes Tavares	Cadastro Unico	9235 0352	Danyferoz84@hotmail.com
3- Sandra Maria Vitorino	Proteção Social	8198529886	Sandra Maria Vitorino 32@gmail
4- Simone Santiago M. Junior	CNEAS	973337571	simonelebrunor@gmail.com
5- Danyferoz Gomes dos Santos	CRAS Tiúma	988929072	Santos324@gmail
6-			
7- Maria de Fátima Leite	CRAS Tiúma	996110409	
8- Anderson Carlos V. Barros	ESU	9730/8323	
9- Danyferoz Gomes dos Santos	CRAS Tiúma	99693-0496	Danyferoz, lazarina e Danyferoz
10- Danielle Santana	COMUNIDADE	984458802	
11- Maria José do O. dos Santos	CRAS Tiúma	99493-8996	

FICHA DE PRESENÇA DA 14ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

DATA: 04/07/2025.

NOME DO PARTICIPANTES	ENTIDADES QUE REPRESENTA	TELEFONE	E-MAIL
1- Maria Carmelita		98605075	
2- Maria Lúcia dos Anjos		987985240	
3- Maria Euzides		999749648	
4- Maria Inês		98489-8136	
5- Maria Antônia		9985394355	
6- Maria Santana		983578138	
7- Maria Rosa de Souza		983165711	
8- Rubens Chaves de Azevedo		81.997534493	rubens.chaves@lucmail.com
9- Maria Inês dos Anjos		987501656	
10- Maria Inês dos Anjos		x	
11- Maria Inês dos Anjos		99518938	

FICHA DE PRESENÇA DA 14ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

DATA: 04/07/2025.

NOME DO PARTICIPANTES	ENTIDADES QUE REPRESENTA	TELEFONE	E-MAIL
1- Dayane Albertino da Silva		9.9818-3207	
2- Eliane Zabil de M. Vinícius	Governamental	985929762	elianezipul6919@gmail.com
3- Thairi W. dos Santos		983093223	contatothairiwilliam@gmail.com
4- Thaís G. Oliveira		988282166	
5- Karoline Silva do Carmo		997212818	carolinekarol378@gmail.com
6- Dalte Maria de Albuquerque	Costa Princesa	9875-1331	dalte.albuquerque@gmail.com
7- Rivaldy R. E. Pontes Cabral	Projeto Luta Positiva	99067656	vuyfiponte@gmail.com
8- Denilza Cabrita da S.		98839-9428	
9- Letícia Albuquerque Vianna	Vigilância Socioassistencial	98662-9047	VIGILANCIAASSISTENCIAL-SM-CIDADANIA-PE
10-	Maria Maluque	98837550	
11- Fabiana dos Santos Nogueira		9.98476855	

FICHA DE PRESENÇA DA 14ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

DATA: 04/07/2025.

NOME DO PARTICIPANTES	ENTIDADES QUE REPRESENTA	TELEFONE	E-MAIL
1- Maria Betânia da Silva		98260-7365	atamaria.betania306@gmail.com
2- Wiliane do Carmo Pereira		98944-3024	lilziira.pereira@gmail.com
3- João Nelson do Silva	CREAS	998616375	fotoeu10@gmail.com
4- Hermano Bento	Habiltação	984699501	hermann.lenta5@hotmail.com
5- Adilson			
6- Amílcar A. dos Santos	Cadastro Único	8199947323	santhelha@gmail.com
7- Lúcia Gonçalves	CRON - JUMA	97107-3984	Larylinda857@gmail.com
8- Suelene Barbosa da Silva	Cadastro Único	993597781	danuotad@gmail.com
9- Edyane Felix da Silva	Cadastro Único	982508438	nome2022kelyana@icloud.com
10- Biliton Caroline de Mello Silva	CADASTRO UNICO	984340260	caroline@gmail.com
11- Jolita Faustina Silva de Bay	CREAS	984047039	JolitaFaustina@hotmail.com

FICHA DE PRESENÇA DA 14ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

DATA: 04/07/2025.

NOME DO PARTICIPANTES	ENTIDADES QUE REPRESENTA	TELEFONE	E-MAIL
1- x Aruizinha Jesus de Fátima		987481868	
2- x Rute Bete		+8539.4348	rute.bete@hotmail.com
3- x Elaine Maria de S.	CENAS	+986963503	
4- x Simone de Jesus Sales		96084950	
5- Fabiana Maria Ap. Martins, SEVE, Pim. Inf. Suas		996532270	
6- x Dilma Batista Gomes	CRAS	996986301	
7- Denise B. Gomes	CRAS CENTRO	8198814939	
8- x Maria dos Prazeres S.		994026637	
9- x Marylúcia Correia		993159054	
10- x Ingrid Salenica de S. Pereira		986665625	
11- x Esmeralda Severina de S. Pereira		998956-7890	

FICHA DE PRESENÇA DA 14ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

DATA: 04/07/2025.

NOME DO PARTICIPANTES	ENTIDADES QUE REPRESENTA	TELEFONE	E-MAIL
1- Mylena Cristina Gomes	Casa de acolhimento	81 99714.1267	mylenacristina@gmail.com
2- Lucimara Moura de C. Oliveira	"	81 9844344552	lucimara.moura@gmail.com
3- Nathalia Domingos Ferreira	CSU	81 984553554	na-domingos.ferreira@hotmail.com
4- Gisele Silva Rodrigues	CSU	81 996031319	
5- Deysson Jose de Lima	CAD	81 986248350	
6- Salgueiro Almeida	CSU	987918419	Prof. Salgueiro
7- Renato dos Santos	CEJA BÁSICA	98560.4027	renato.meniz.992@gmail.com
8- Rita Costa	Sec. Executiva	992169098	
9- Simone Helena de Fátima	PROB. MATRIZ	992342354	simonehelenade@gmail.com
10- Alba Bezerra	Palestrante	(81) 99401-6181	alba
11- Gilmar Ramos	Sec. Saúde	(81) 986760937	Gilmar Ramos

FICHA DE PRESENÇA DA 14ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

DATA: 04/07/2025.

NOME DO PARTICIPANTES	ENTIDADES QUE REPRESENTA	TELEFONE	E-MAIL
Angela Valéria de Oliveira	SDS MPC	81 99521279	mylenara_diveira@outlook.com
2- Eliseu Batista Boud	APRILIO Boud	81 99516664	E2.Boud.97-134@outlook.com
3- Rosana Marques de Oliveira	SDS MPC	81 993240092	rosana@outlook.com
4- DAVILA HILDA DE M. VASCONCELOS	SDS MPC	81 99339627	DAVILA.HILDA@outlook.com
5- Maria Maralga de Cabral	SDS MPC	81 99696400	maralga@outlook.com
6- Bruno Marcello de Sousa	SDS MPC	81 996732824	brunomarcello@outlook.com
7- Edla Siqueira de Faria	ERAS - Tui no	81 996148383	edla@outlook.com
8- Lucile Tavares de Siqueira	Associação Irmãs	81 998875866	lucile@outlook.com
9- Felipe Balbino	KAPS CENTRO	997050838	FELIPE@KAPS-CENTRO.COM
10- Pedro Justino Barbosa	SDS PM PC	997805761	PEDRO@SDS-PM-PC.COM
11- Rosângela Siqueira de Faria	Centro de Referência de Assistência Social	997434343	rosangela@outlook.com

FICHA DE PRESEÇA DA 14ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

DATA: 04/07/2025.

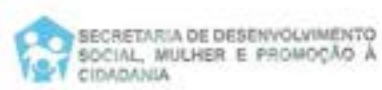
NOME DO PARTICIPANTES	ENTIDADES QUE REPRESENTA	TELEFONE	E-MAIL
1- <i>Deisey Neguinho</i>	COEAS	81 985275767	<i>marcelo@yashua.com.br</i>
2- <i>Edith Lemos</i>	SOSMPS	81 998638882	<i>ediviana@cooperativa.org.br</i>
3- <i>Marinês Farias da Costa</i>	Soc. do Conselho	81 99610-0136	<i>marinês.farias@gmail.com</i>
4-			
5-			
6-			
7-			
8-			
9-			
10-			
11-			



ANEXOS / REGISTROS

PRÉ-CONFERÊNCIA 19/06/2025
LOCAL: CRAS Tiúma – São Lourenço da Mata







PRÉ-CONFERÊNCIA 25/06/2025
LOCAL: CRAS Matriz da Luz – São Lourenço da Mata





FOTOS DA 14ª CONFERÊNCIA-04/07/2025.















TEMA:
20 ANOS DE SUAS: CONTRUÇÃO,
PROTEÇÃO SOCIAL E RESISTÊNCIA

DELEGADO

SECRETARIA DE
DESENVOLVIMENTO SOCIAL,
MULHERES, PROMOÇÃO À
CIDADANIA



SECRETARIA DE
DESENVOLVIMENTO SOCIAL,
MULHERES E PROMOÇÃO À
CIDADANIA

DELEGADO

TEMA:
20 ANOS DE SUAS: CONTRUÇÃO,
PROTEÇÃO SOCIAL E RESISTÊNCIA





TEMA:
**20 ANOS DE SUAS: CONTRUÇÃO,
 PROTEÇÃO SOCIAL E RESISTÊNCIA**

CONVIDADO

SECRETARIA DE
 DESENVOLVIMENTO SOCIAL,
 MULHER E PROMOÇÃO À
 CIDADANIA



GOV. DO
**SÃO LOURENÇO
 DA MATA**
GOV. DO PIAUÍ

GOV. DO
**SÃO LOURENÇO
 DA MATA**
GOV. DO PIAUÍ



SECRETARIA DE
 DESENVOLVIMENTO SOCIAL,
 MULHER E PROMOÇÃO À
 CIDADANIA

CONVIDADO

TEMA:
**20 ANOS DE SUAS: CONTRUÇÃO,
 PROTEÇÃO SOCIAL E RESISTÊNCIA**





SECRETARIA DE
DESENVOLVIMENTO SOCIAL,
MULHER E PROMOÇÃO À
CIDADANIA



GOVERNO MUNICIPAL
**SÃO LOURENÇO
DA MATA**
Cidade das Indústrias e do Saneamento

14ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

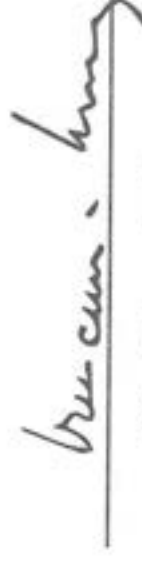
Certificamos que _____
participou da 14ª Conferência Municipal de Assistência Social
de São Lourenço da Mata, realizada no dia 04 de junho de 2025,
das 8h às 16h.

TEMA: 20 ANOS DE SUAS: CONTRUÇÃO, PROTEÇÃO SOCIAL E RESISTÊNCIA



Nilda Câmara

Secretaria de Desenvolvimento Social, Mulher e
Promoção à Cidadania



Vinícius Labanca

Prefeito

