

COMAS – CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

(Lei Municipal nº 4.480 de 11/03/1996, alterada pela Lei Municipal nº 6.285 de 11/09/2009 e
Lei Municipal nº 7.280 de 09/05/2017)

EDITAL DO PROCESSO DE ELEIÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL 2026/2028 CONSELHEIROS DA SOCIEDADE CIVIL

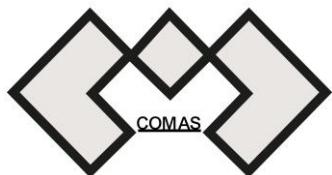
O Conselho Municipal de Assistência Social – COMAS convoca as entidades e organizações de Assistência Social, representantes dos segmentos Criança e Adolescente, Pessoa Idosa, Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida, Pessoa em Situação de Rua e representante dos Demais Segmentos na área da Assistência Social, e representantes dos Usuários e Trabalhadores, com atuação no município, para participarem da eleição de representantes da sociedade civil para Titulares e Suplentes conforme abaixo relacionados, para compor o COMAS em sua Décima Quinta Gestão.

DA COMPOSIÇÃO

A) ENTIDADES E ORGANIZAÇÕES E/OU SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL:

- I. 04 (três) representantes da área atendimento à criança e ao adolescente (02 Titulares e 02 Suplente);
- II. 02 (dois) representantes da área atendimento à pessoa idosa (01 Titular e 01 Suplente);
- III. 02 (dois) representantes da área de atendimento às pessoas com deficiências e mobilidade reduzida (01 Titular e 01 Suplente);
- IV. 02 (dois) representantes da área de atendimento às pessoas em situação de rua (01 Titular e 01 Suplente);
- V. 04 (quatro) representantes de entidade ou organização de assistência social não representadas acima (02 Titulares e 02 Suplentes).

Consideram-se entidades e organizações de assistência social aquelas sem fins lucrativos que, isolada ou cumulativamente, prestam atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos pela Lei 8.742 de 07/12/1993, Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS



(alterada pela Lei 12.435 de 06/07/2011), bem como as que atuam na defesa e garantia de direitos.

As entidades e organizações de Assistência Social da sociedade civil deverão estar juridicamente constituídas e em regular funcionamento, devidamente inscritas no Conselho Municipal de Assistência Social – COMAS, atendendo desta forma o estabelecido na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Resolução COMAS nº 02/2021 e Resolução CNAS nº 14/2014 (alterada pela Resolução CNAS/MDS nº95 de 13/02/2023).

B) USUÁRIOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL:

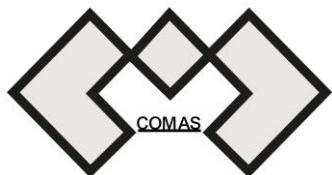
- I. 04 (quatro) representantes de usuários da Assistência Social (02 Titulares e 02 Suplentes).

Consideram-se representantes de usuários, pessoas vinculadas aos projetos, programas, serviços e benefícios socioassistenciais do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, no âmbito municipal, devidamente comprovado.

C) TRABALHADORES NA ÁREA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL:

- I. 02 (dois) representantes de trabalhadores na área de Assistência Social (01 Titular e 01 Suplente).

Consideram-se trabalhadores na área de assistência social, todos os trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, órgãos gestores e executores de ações, serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social, em efetivo exercício, desde que atendam as diretrizes estabelecidas nas Resoluções do CNAS Nº 17/2011, Nº 09/2014 e Nº 06/2015. A representação dos trabalhadores deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem os Conselhos de Assistência Social, por isso, um profissional com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUAS, que pela própria natureza da função representa os gestores públicos ou organizações e entidades de assistência social, não pode ser representante dos trabalhadores, conforme parágrafo 3º do art. 1º da resolução CNAS Nº 06/2015.



DA INSCRIÇÃO

As inscrições deverão ser realizadas **no período de 09 a 20 de fevereiro de 2026**, da seguinte forma:

- **Pessoalmente** pelo interessado na Casa dos Conselhos, sítio à Rua Francisco Franco, nº 206 - Bairro Centro - Mogi das Cruzes/SP, no horário compreendido das 08h30 às 11h30 e 13h30 às 16h30;
- **Online** por e-mail comas.semas@mogidascruzes.sp.gov.br com o assunto “Inscrição Eleição COMAS”;

Os candidatos deverão apresentar **cópia de documento pessoal e ficha de inscrição** conforme segmento:

I – Da inscrição dos representantes de Entidades e Organizações de Assistência Social:

Poderão se inscrever 01 (um) candidato a conselheiro(a) com atuação no município, representante de Entidade e Organização de Assistência Social.

Os interessados deverão apresentar a ficha de inscrição devidamente preenchida e assinada pelo candidato e pela presidência da Entidade e Organização de Assistência Social que deverá estar juridicamente constituída e em regular funcionamento, devidamente inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social – COMAS de Mogi das Cruzes.

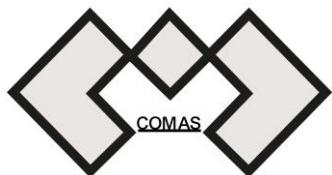
II - Da inscrição dos representantes de usuários:

Poderão se inscrever como candidatos, pessoas vinculadas aos projetos, serviços, programas e benefícios socioassistenciais do Sistema Único de Assistência Social, no âmbito municipal, devidamente comprovado.

III – Da inscrição dos representantes de trabalhadores:

Poderão se inscrever como candidatos, trabalhadores vinculados aos projetos, serviços, programas e benefícios socioassistenciais do Sistema Único de Assistência Social, que atuem no município, devidamente comprovado.

IV – Da inscrição para eleitores:



Organizações Sociais: Poderão se inscrever 01(um) eleitor(a) titular e seu respectivo suplente por Entidade e Organização de Assistência Social para votar e eleger os representantes das Organizações da Sociedade Civil.

Os interessados deverão apresentar a ficha de inscrição devidamente preenchida e assinada pelo eleitor e pela presidência da Entidade que deverá estar juridicamente constituída e em regular funcionamento, devidamente inscrita no Conselho Municipal de Assistência Social – COMAS.

Usuários: Poderão se inscrever como eleitores representantes de usuários, pessoas vinculadas aos projetos, serviços, programas e benefícios socioassistenciais do Sistema Único de Assistência Social, no âmbito municipal, devidamente comprovado, através da ficha de inscrição em anexo deste edital ou comparecer na Casa dos Conselhos - Francisco Franco, nº 206, Centro para retirar pessoalmente.

Trabalhadores: Poderão se inscrever como eleitores, trabalhadores vinculados aos projetos, serviços, programas e benefícios socioassistenciais do Sistema Único de Assistência Social, no âmbito municipal, devidamente comprovado, através da ficha de inscrição em anexo deste edital ou comparecer na Casa dos Conselhos - Francisco Franco, nº 206, Centro para retirar pessoalmente.

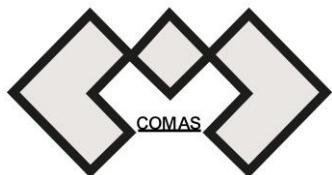
V- Do impedimento

Não poderão se inscrever como candidatos a conselheiro(a), os representantes que já cumpriram 02 (dois) mandatos subsequentes, conforme previsto no artigo 33 do Regimento Interno do COMAS e no artigo 5º e parágrafo 1º da Resolução CNAS/MDS Nº100, de 20 de abril de 2023.

DISPOSIÇÕES GERAIS

A ficha de inscrição encontra-se disponível em anexo neste edital ou poderá ser retirada na Casa dos Conselhos - Francisco Franco, nº 206, Centro.

- I. Serão exigidos no ato da inscrição cópia dos seguintes documentos: Cédula de



- Identidade, CPF, bem como o correto preenchimento da ficha de inscrição.
- II. O exercício da função de conselheiro é considerado serviço público relevante de valor social e não remunerado de acordo com a Lei Municipal nº 7.280 de 09/05/2017.
- III. Os candidatos eleitos neste processo serão nomeados através de Decreto Municipal.

CRONOGRAMA

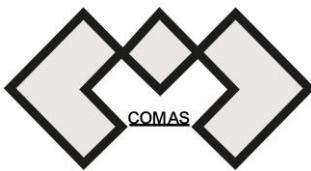
06/02/2026	Publicação do Edital de Convocação no site da Prefeitura de Mogi das Cruzes – Conselho Municipal de Assistência Social - COMAS
09/02/2026 a 20/02/2026	Período para inscrição
23/02/2026 a 26/02/2026	Verificação das inscrições pela Comissão Eleitoral
27/02/2026	Publicação dos candidatos e eleitores deferidos e indeferidos
02/03/2026 a 04/03/2026	Prazo para recurso
05/03/2026 a 09/03/2026	Avaliação dos recursos pela Comissão Eleitoral
10/03/2026	Publicação da lista de recursos deferidos e indeferidos
13/03/2026	Assembleia Geral - Local: Auditório Prédio II da Prefeitura Rua: Francisco Franco, nº 133, Centro - Horário: 09h00 às 12h00
16/03/2026	Publicação do resultado

Informações:

Casa dos Conselhos – Rua Francisco Franco, nº 206, Centro, de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 12h00 e 13h00 às 17h00 ou via E-mail: comas.semas@mogidascruzes.sp.gov.br

Mogi das Cruzes, 05 de fevereiro de 2026

Comissão Eleitoral do Conselho Municipal de Assistência Social



ELEIÇÃO MEMBROS DA SOCIEDADE CIVIL – GESTÃO 2026/2028

FICHA DE INSCRIÇÃO DE CANDIDATO(A)

ENTIDADES E ORGANIZAÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

SEGMENTO QUE REPRESENTA:

- () Pessoa Idosa () Crianças e Adolescentes () Pessoa com deficiência () Pessoa em situação de rua
() Entidades de Assistência Social dos Demais Segmentos: _____

Nome:

RG: CPF: Data Nascimento:

Endereço:

Bairro: Cidade: CEP:

Telefone fixo: Celular: E-mail:

Possui deficiência? () SIM () NÃO Qual? _____ Necessita de acessibilidade? () SIM () NÃO

Qual serviço/programa está vinculado?

Qual função ocupa neste Serviço/programa?

Há quanto tempo está vinculado a este serviço/programa?

Assinatura do candidato(a): _____ Data: ____ / ____ / ____

Nome da Entidade:

Nº de Registro no COMAS:

CNPJ:

Endereço:

Telefone fixo: Fax: E-mail:

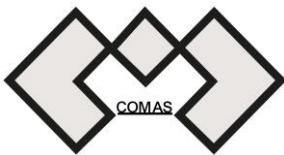
Nome do Presidente da Entidade:

Assinatura do(a) candidato(a):

Assinatura do(a) presidente da Entidade:

Carimbo da Entidade:

Data ____ / ____ / ____



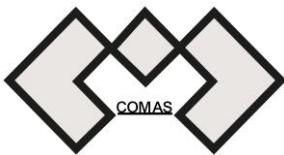
ELEIÇÃO MEMBROS DA SOCIEDADE CIVIL – GESTÃO 2026/2028

FICHA DE INSCRIÇÃO DE ELEITOR(A)

ENTIDADES E ORGANIZAÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
() TITULAR () SUPLENTE

Nome:		
RG:	CPF:	Data Nascimento:
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	CEP:
Telefone fixo:	Celular:	E-mail:
Possui deficiência? (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO Qual? _____ Necessita de acessibilidade? (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO		
Qual serviço/programa está vinculado?		
Qual função ocupa neste Serviço/programa?		
Há quanto tempo está vinculado a este serviço/programa?		
Assinatura do candidato(a):		Data: _____ / _____ / _____

Nome da Entidade:		
Nº de Registro no COMAS:		
CNPJ:		
Endereço:		
Telefone fixo:	Fax:	E-mail:
Nome do Presidente da Entidade:		
Assinatura do(a) candidato(a):		
Assinatura do(a) presidente da Entidade:		
Carimbo da Entidade:		Data _____ / _____ / _____



ELEIÇÃO MEMBROS DA SOCIEDADE CIVIL – GESTÃO 2026/2028

FICHA DE INSCRIÇÃO DE CANDIDATO(A)

REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Nome completo:		
RG:	CPF:	D.N:
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	CEP:
Telefone fixo:	Celular:	e-mail:
Possui deficiência? (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO, Qual? _____ Necessita de acessibilidade? (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO		
Tempo de atuação na Política de Assistência Social?		
A qual Serviço está vinculado?		Quanto tempo está vinculado?
Assinatura do candidato(a): _____		Data: _____ / _____ / _____

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro para fins de participação no processo eleitoral da escolha dos membros da sociedade civil do Conselho Municipal de Assistência Social – COMAS que o(a) Sr.(a) _____
RG: _____ CPF: _____, atua institucionalmente na Política de Assistência Social, não exercendo cargo de direção ou de confiança desta Entidade.

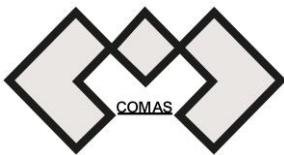
Dados do Representante Legal da Entidade:

Nome: _____
RG: _____
CPF: _____
Tel.: _____

Assinatura do representante Legal da Entidade: _____

Carimbo da Entidade:

Data: _____ / _____ / _____



ELEIÇÃO MEMBROS DA SOCIEDADE CIVIL – GESTÃO 2026/2028

FICHA DE INSCRIÇÃO DE ELEITOR(A)

REPRESENTANTES DOS TRABALHADORES NA ÁREA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
() TITULAR () SUPLENTE

Nome completo:		
RG:	CPF:	D.N:
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	CEP:
Telefone fixo:	Celular:	e-mail:
Possui deficiência? () SIM () NÃO, Qual? _____		Necessita de acessibilidade? () SIM () NÃO
Tempo de atuação na Política de Assistência Social?		
A qual Serviço está vinculado?	Quanto tempo está vinculado?	
Assinatura do candidato(a): _____		Data: ____ / ____ / ____

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro para fins de participação no processo eleitoral da escolha dos membros da sociedade civil do Conselho Municipal de Assistência Social – COMAS que o(a) Sr.(a) _____
RG: _____ CPF: _____, atua institucionalmente na Política de Assistência Social, não exercendo cargo de direção ou de confiança desta Entidade.

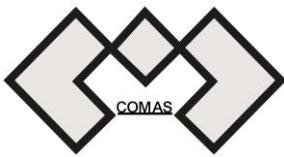
Dados do Representante Legal da Entidade:

Nome: _____
RG: _____
CPF: _____
Tel.: _____

Assinatura do representante Legal da Entidade: _____

Carimbo da Entidade:

Data: ____ / ____ / ____



ELEIÇÃO MEMBROS DA SOCIEDADE CIVIL – GESTÃO 2026/2028

FICHA DE INSCRIÇÃO DE CANDIDATO(A)

REPRESENTANTES DE USUÁRIOS

Nome completo:

RG:

CPF:

D.N:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CEP:

Telefone fixo:

Celular:

E-mail:

Possui deficiência? () SIM () NÃO Qual? _____ Necessita de acessibilidade? () SIM () NÃO

Qual projeto, programa, serviço ou benefício socioassistencial está vinculado?

Quanto tempo está vinculado?

Assinatura do candidato(a):_____

Data: ____ / ____ / ____

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro para fins de participação no processo eleitoral da escolha dos membros da sociedade civil do Conselho Municipal de Assistência Social - COMAS que o(a) Sr.(a) _____

RG: _____ CPF: _____, é usuário (a) dos serviços socioassistenciais ofertados pela Entidade ou Órgão _____, localizada à Rua _____.

Dados do Representante Legal da Entidade:

Nome: _____

RG: _____

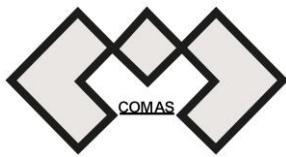
CPF: _____

Tel.: _____

Assinatura do representante Legal da Entidade: _____

Carimbo da Entidade:

Data: ____ / ____ / ____



ELEIÇÃO MEMBROS DA SOCIEDADE CIVIL – GESTÃO 2026/2028

FICHA DE INSCRIÇÃO DE ELEITOR(A)

**REPRESENTANTES DE USUÁRIOS
() TITULAR () SUPLENTE**

Nome completo:

RG:

CPF:

D.N:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CEP:

Telefone fixo:

Celular:

E-mail:

Possui deficiência? () SIM () NÃO Qual? _____ Necessita de acessibilidade? () SIM () NÃO

Qual projeto, programa, serviço ou benefício socioassistencial está vinculado?

Quanto tempo está vinculado?

Assinatura do candidato(a):_____

Data: ____ / ____ / ____

DECLARAÇÃO

Eu, _____, declaro para fins de participação no processo eleitoral da escolha dos membros da sociedade civil do Conselho Municipal de Assistência Social - COMAS que o(a) Sr.(a) _____

RG: _____ CPF: _____, é usuário (a) dos serviços socioassistenciais ofertados pela Entidade ou Órgão _____, localizada à Rua _____.

Dados do Representante Legal da Entidade:

Nome: _____

RG: _____

CPF: _____

Tel.: _____

Assinatura do representante Legal da Entidade:

Carimbo da Entidade:

Data: ____ / ____ / ____