

Ficam alterados os locais previstos no Edital de Convocação publicado no Diário Oficial do Município de 19,20,21,26,27 e 28/02/98, mantidas as demais disposições, para realização das Assembleias Setoriais.

Os locais alterados são:

#### **1. DAS ASSEMBLÉIAS SETORIAIS**

As Assembleias Setoriais serão realizadas no dia 09/05/98, das 12:00 às 16:00 horas, nos seguintes locais:

**A) ENTIDADES E MOVIMENTOS DE ATENDIMENTO SOCIAL A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE**

- Administração Regional da Sé

Av. do Estado, 900

**B) ENTIDADES E MOVIMENTOS DE DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

- Biblioteca Infante Juvenil Benedito Bastos Barreto

Av. Mário Lopes Leão, 228 - Santo Amaro

**D) ENTIDADES E MOVIMENTOS DE DEFESA DA MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA DA POPULAÇÃO**

- Teatro Paulo Eiró

Av. Adolfo Pinheiro, 765 - Santo Amaro

Faint, illegible text, possibly bleed-through from the reverse side of the page. The text is arranged in several lines and is mostly obscured by the paper's texture and a large stain at the bottom.





**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DO GOVERNO MUNICIPAL  
COORDENADORIA ESPECIAL DE APOIO**

C

**ELEIÇÕES DOS MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DOS  
DIREITOS DA CRIANÇA E ADOLESCENTE**

**ASSEMBLÉIA SETORIAL DO CREDENCIAMENTO:**

**1- ENTIDADES:**

NOME DA ENTIDADE: Pro-Mulher Família  
Quiladama  
END: Alfama Azevedo Nº 1.546  
FONE: 88174350-8817280 CEP.: 05404-004

- |  | SIM                                 | NÃO                      |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. ESTATUTO SOCIAL (APRESENTAÇÃO) ATA DA ASSEMBLÉIA GERAL  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.1 COMPROVANTE DE EXISTÊNCIA LEGAL, NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO CIVIL (CERTIDÃO DE REGISTRO EM CARTÓRIO) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 COMPROVANTE DE ATUAÇÃO EFETIVA NA ÁREA (ANEXAR OS COMPROVANTES)                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**2 - MOVIMENTOS:**

NOME: \_\_\_\_\_  
END: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
FONE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

- |   | SIM                      | NÃO                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 2.1 COMPROVANTE DE SUA EXISTÊNCIA DE NO MÍNIMO 6 (SEIS) MESES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |  | SIM                      | NÃO                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 2.2 PROVA DE NOTÓRIO RECONHECIMENTO DA SUA ÁREA DE ATUAÇÃO APRESENTANDO RELATÓRIO DE ATIVIDADE E OBJETIVOS, ASSINADO POR 5 (CINCO) PESSOAS COM FIRMA RECONHECIDA (ANEXAR OS DOIS COMPROVANTES E CREDENCIAL). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**3. A ENTIDADE/MOVIMENTO DEVERÁ INDICAR SUA ÁREA DE ATUAÇÃO OPTANDO POR PARTICIPAR DA ASSEMBLÉIA SETORIAL CORRESPONDENTE A SUA ATIVIDADE:**

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| A - ATENDIMENTO SOCIAL A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE     | <input type="checkbox"/>            |
| B - DEFESA DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE   | <input type="checkbox"/>            |
| C - ESTUDO, PESQUISA E FORMAÇÃO COM INT.POLÍTICA      | <input checked="" type="checkbox"/> |
| D - DEFESA DA MELHORIA DAS COND. DE VIDA DA POPULAÇÃO | <input type="checkbox"/>            |
| E - TRABALHADORES VINCULADOS À QUESTÃO                | <input type="checkbox"/>            |

**4. NOME DO REPRESENTANTE DA ENTIDADE/MOVIMENTO QUE PARTICIPARÁ DA ASSEMBLÉIA SETORIAL.**

CARGO/FUNÇÃO: Investigador  
NOME: Edson Roberto de Jesus  
END: Stefano n-98 Cambui  
CEP: 01521-030 FONE: 2700368

Edson Roberto de Jesus  
ASSINATURA REPRESENTANTE  
ENTIDADE / MOVIMENTO

Marques  
ASSINATURA - FUNCIONÁRIO  
RESPONSÁVEL CREDENCIAMENTO

OBS: \_\_\_\_\_

Nome do Aluno: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Assunto: \_\_\_\_\_

Assinatura do Aluno: \_\_\_\_\_

Assinatura do Professor: \_\_\_\_\_

Assinatura do Diretor: \_\_\_\_\_

Assinatura do Coordenador: \_\_\_\_\_

Assinatura do Assessor: \_\_\_\_\_

Assinatura do Secretário: \_\_\_\_\_

Assinatura do Diretor: \_\_\_\_\_

Nome do Aluno: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Assunto: \_\_\_\_\_

Assinatura do Aluno: \_\_\_\_\_

Assinatura do Professor: \_\_\_\_\_

Assinatura do Diretor: \_\_\_\_\_

Assinatura do Coordenador: \_\_\_\_\_

Assinatura do Assessor: \_\_\_\_\_

Assinatura do Diretor: \_\_\_\_\_

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DO GOVERNO DO MUNICÍPIO  
COORDENADORIA DE APOIO

B

ELEIÇÕES DOS MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DOS  
DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

ASSEMBLÉIA SETORIAL DO CREDENCIAMENTO:

1 - ENTIDADES:

NOME DA ENTIDADE:

Centro de Defesa  
dos Direitos do Criança e Adolescente

END:

Av. Dr. Paulo Celombo P. do Siqueira, nº 363

FONE:

919-64169 CEP: 03982-130

1. ESTATUTO SOCIAL (APRESENTAÇÃO) ATA DA  
ASSEMBÉIA GERAL.

SIM NÃO

1.1. COMPROVANTE DE EXISTÊNCIA LEGAL, NOS  
TERMOS DA LEGISLAÇÃO CIVIL ( CERTIDÃO DE  
REGISTRO EM CARTÓRIO)

1.2. COMPROVANTE DE ATUAÇÃO EFETIVA NA  
ÁREA (ANEXAR OS COMPROVANTES)

2 MOVIMENTOS:

NOME:

END:

FONE:

2.1. COMPROVANTE DE SUA EXISTÊNCIA DE NO  
MÍNIMO 6 (SEIS) MESES

SIM NÃO

2.2. PROVA DE NOTÓRIO RECONHECIMENTO DA  
SUA ÁREA DE ATUAÇÃO APRESENTANDO RELA-  
TÓRIO DE ATIVIDADE E OBJETIVOS, ASSINADO  
POR 5 (CINCO) PESSOAS COM FIRMA RECONHE-  
CIDA (ANEXAR OS DOIS COMPROVANTES E CRE-  
DENCIAL).

SIM NÃO

3. A ENTIDADE/MOVIMENTO DEVERÁ INDICAR SUA ÁREA DE  
ATUAÇÃO OPTANDO POR PARTICIPAR DA ASSEMBLÉIA SETORIAL  
CORRESPONDENTE A SUA ATIVIDADE:

A - ATENDIEMNTO SOCIAL A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

B - DEFESA DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS E DOS ADOLES-  
CENTES.

C - ESTUDO, PESQUISA E FORMAÇÃO C/ INT. POLÍTICA .

D - DA DEFESA DA MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE VIDA DA  
POPULAÇÃO.

E - DOS TRABALHADORES VINCULADOS À QUESTÃO.

4. NOME DO REPRESENTANTE DA ENTIDADE/MOVIEMNTO QUE  
PARTICIPARÁ DA ASSEMBLÉIA SETORIAL.

CARGO/FUNÇÃO:

Educa dora

NOME:

Sueli Aparecida Santiago dos Santos

END:

R. Pichura, 99 - P.S. Madalena

CEP:

03982-130 FONE: 919-64169

ASSINATURA REPRESENTANTE  
ENTIDADE/MOVIMENTO

OBS:

ASSINATURA FUNCIONARIO  
RESPONSÁVEL CREDENCIADO

*[Handwritten signature]*

