

CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Secretaria Municipal de Assistência Social

Rua: Josias Cardoso, 483 -Centro

Fone/Fax (0XX15) 3562-2075

C.N.P.J. 46.634.374/0001-60 – CEP: 18.440-000

EMAIL:smasitabera@gmail.com

DECLARAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS ANUAL NO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DE ITABERÁ – SP

Declaramos que a entidade **AGENCIA ADVENTISTA DE DESENVOLVIMENTO E RECURSOS ASSISTENCIAIS CENTRAL BRASILEIRA** – Nucleo de Itaberá, CNPJ nº **15.355.260/0005-80**, com sede em Itaberá/SP na Rua Taquarituba, nº 245- Bairro: Jardim Espanha - CEP nº 18440-000, com inscrição sob nº **04/2002**, desde 28/05/2002, conforme Comprovante de Inscrição elaborado nos moldes do anexo (IV ou V) da Resolução CNAS nº 14/2014, entregou o plano de ação do exercício vigente e o relatório de atividades do exercício anterior, dentro do prazo determinado, conforme estabelece o artigo 13º da Resolução CNAS nº 14/2014, caracterizando a regularidade da Prestação de Contas perante este CMAS. Informamos ainda que, em conformidade com artigo 2º da Resolução CNAS nº 14/2014, a inscrição desta entidade corresponde ao(s) inciso(s) abaixo assinalado(s):

I - de Atendimento - Entidade executa: SCVF- Serviço de Convivencia e Fortalecimento de Vinculos para crianças e adolescentes de 06 a 15 anos, desenvolvido na Rua Taquarituba, nº245- Bairro: Jardim Espanha- CEP nº 18440-000.

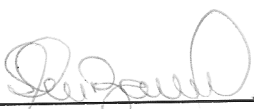
II – de Assessoramento - Entidade executa:

_____ (inserir o número e o nome da(s) linha(s) de ação prevista(s) na Resolução CNAS nº 27/2011), desenvolvido na Rua/Av. _____, nº ____ - Bairro: _____ - CEP nº xx.xxx-xxx.

III – De Defesa e Garantia de Direitos - Entidade executa:

_____ (inserir o número e o nome da(s) linha(s) de ação prevista(s) na Resolução CNAS nº 27/2011), desenvolvido na Rua/Av. _____, nº ____ - Bairro: _____ - CEP nº xx.xxx-xxx.

Itaberá, 21 de Fevereiro de 2018



Silvia Cristina Barros
Presidente – CMAS ITABERÁ/SP