**FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO**

**CADASTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CNEAS**

|  |
| --- |
| O Formulário de exclusão deverá ser enviado para o e-mail [redeprivadasuas@mds.gov.br](mailto:redeprivadasuas@mds.gov.br). Junto a este formulário deverá ser anexada a Resolução/Comprovante do Conselho de Assistência Social – CMAS que **ateste o cancelamento da inscrição** da Entidade. |

|  |
| --- |
| **DADOS PARA EXCLUSÃO** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Nome do Município:** | Insira aqui o Nome do Município | **UF:** | Insira aqui a UF | | **Nome da Entidade:** | Insira aqui o Nome da Entidade | | | | **CNPJ:** | Insira aqui o n° do CNPJ | | | | **Endereço da Entidade:** | Insira aqui o Endereço | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **MOTIVO/JUSTIFICATIVA DA EXCLUSÃO – CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO** | |
| |  |  | | --- | --- | |  | Pedido da própria entidade. | |  | Por constatação de irregularidade. | |  | Por falta de atualização anual. | |  | Por encerramento das atividades. | |  | Por não atuar na política de assistência social. | |  | Outros  Insira aqui o Motivo/Justificativa | | |
|  | |
| Declaro que as informações prestadas, bem como os comprovantes anexos, são verdadeiros.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Insira o local | , | Inserir data | | ---------------------------- |  | ----------------------------------------------------------- |   Insira aqui o Nome do Gestor/or ou Técnica(o)  (Nome da gestora/or da política de assistência social  ou técnica/o responsável pelo preenchimento do CNEAS)   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **CPF:** | Insera nº CPF . | **Telefone: (** | DDD | **):** | Insira nº Telefone | |

* Em caso de dúvidas, entrar em contato através do e-mail [redeprivadasuas@mds.gov.br](mailto:redeprivadasuas@mds.gov.br)
* Esse formulário deverá ser utilizado no caso de exclusão de entidades de assistência social que não atuem mais no município e que possuam inscrição cancelada pelo Conselho de Assistência Social.
* Para envio do formulário verifique se todas as informações foram prestadas. Não é necessário assinar o documento.