



MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
DEPARTAMENTO DA REDE SOCIOASSISTENCIAL PRIVADA DO SUAS

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO CADASTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CNEAS

O Formulário de exclusão de entidades deverá ser enviado para o e-mail redprivadasuas@mds.gov.br. Junto a este formulário deverá ser anexada a Resolução do Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS que **atesta o cancelamento da inscrição** da Entidade.

DADOS PARA EXCLUSÃO

Nome do município: **Escreva aqui**

UF: MG

Nome da entidade: **Escreva aqui**

CNPJ da entidade: **00.000.000/0001-00**

Endereço da entidade: **Escreva aqui**

MOTIVO/JUSTIFICATIVA DA EXCLUSÃO – CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO

- ☐ Pedido da própria entidade.
- ☐ Por constatação de irregularidade.
- ☐ Por inadequação aos parâmetros de atuação do SUAS.
- ☐ Entidade não executa mais a oferta.
- ☐ Erro de cadastramento no sistema.
- ☐ Outros.

Insira aqui o Motivo/Justificativa: **atenção! Para auxiliar nesse processo, grifamos em vermelho os campos que devem ser preenchidos. Assim, pedimos por gentileza que após o preenchimento, alterem a fonte do texto para a cor PRETA. Na parte do “Motivo/justificativa da exclusão - cancelamento da inscrição” as opções estão configuradas para marcação com um clique, assim, após o preenchimento deste formulário basta baixar o arquivo em formato PDF, assinar (que pode ser digitalmente pelo GOV.BR) e anexar no e-mail a ser enviado ao Rede Privada do SUAS. E não se esqueça de apagar essa mensagem que a equipe DGSUAS/Sedese escreveu, obrigado!**

☐ Declaro que as informações prestadas, bem como os comprovantes anexos, são verdadeiros.

Nome do seu município, 00 de mês de 2024

Nome do(a) Gestor(a) ou Técnico(a)

Assinatura do(a) gestor(a) da política de assistência social ou técnico(a) responsável pelo
preenchimento do CNEAS.

CPF do Declarante: 000.000.000-00

Telefone: (00) 0000-0000

- Em caso de dúvidas, entrar em contato através do e-mail redprivadasuas@mds.gov.br
- Esse formulário deverá ser utilizado no caso de exclusão de ofertas de entidades socioassistenciais que continuam atuando na política de assistência social, prestando outras ofertas além da que será excluída.
- Para o envio do formulário, verifique se todas as informações foram prestadas.