**MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E AGRÁRIO**

Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS

Departamento de Gestão do SUAS – DGSUAS

Coordenação-Geral de Serviços de Vigilância Socioassistencial – CGVIS

|  |  |
| --- | --- |
| **SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE REGISTRO NO CADSUAS** | |
| **Tipo de Unidade (s):**  ( ) CRAS ( ) CREAS ( ) Centro POP ( ) Centro DIA e similares  ( ) CREAS Regional ( ) Unidade de Acolhimento ( ) Centro de Convivência | |
| **UF:** | **Município:** |
| **Tipo de Alteração:**  ( ) Desativação ( ) Reativação | |
| **Número(s) Identificador (es) da(s) Unidade(s) a ser Desativadas/Reativadas:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Justificativa para Desativação ou Reativação da(s) unidade(s) no CADSUAS:**  *Desativação:*  ( ) Registro equivocado de unidade no CADSUAS (Duplicação)  ( ) Encerramento das atividades da unidade no município  *Reativação:*  ( ) A unidade foi desativada no CADSUAS, mas, encontra-se em funcionamento | |
| **Identificação do agente responsável, no órgão gestor da Assistência Social, pelas informações declaradas neste formulário:**  **Nome:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ Data: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_\_\_**  **Cargo/Função:**  |\_\_| Diretor/Coordenador/Responsável pela área de proteção básica ou especial no município.  |\_\_| Secretário Municipal de Assistência Social ou congênere  |\_\_| Técnico da Secretaria Municipal de Assistência Social ou congênere  |\_\_| Outros  Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

Em caso de dúvida ligue para (61) 2030-3118 ou envie e-mail para [vigilanciasocial@mds.gov.br](mailto:vigilanciasocial@mds.gov.br?subject=Solicitação%20de%20alteração%20de%20cadastro%20no%20CadSUAS).