|  |  |
| --- | --- |
| **SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE REGISTRO NO CADSUAS** | |
| **Tipo de Alteração:** |\_X\_| Desativação |\_\_| Reativação | |
| **Tipo de Unidade – Rede Socioassistencial:** | |
| |\_\_| CRAS  |\_\_| CREAS  |\_\_| CENTRO POP  |\_\_| UNIDADE DE ACOLHIMENTO  |\_\_| CENTRO DIA  |\_\_| CENTRO DE CONVIVÊNCIA | |\_\_| OUTRA - PCF  |\_\_| OUTRA - ACESSUAS  |\_\_| OUTRA - Postos do Cadastro Único  |\_\_| OUTRA - Assessoramento e Garantia de Direitos  |\_\_| OUTRA - MSE  |\_\_| OUTRA - Situação de Calamidade e Emergência  |\_\_| OUTRA |

|  |
| --- |
| **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@cidadania.gov.br](mailto:vigilanciasocial@cidadania.gov.br)