

ANEXO XI – TERMO DE DESCREDENCIAMENTO DE COZINHA SOCIAL POR SOLICITAÇÃO VOLUNTÁRIA

1. IDENTIFICAÇÃO DA COZINHA SOCIAL

Nome da Cozinha Social:

Endereço:

Responsável pela Cozinha:

Nome:

CPF:

2. FUNDAMENTAÇÃO

O presente Termo de Descredenciamento é firmado no âmbito do Programa Nutrindo Vidas, instituído pela Lei Municipal nº 10.373, de 26 de setembro de 2025, executado em parceria entre o Município de São Leopoldo, por meio da Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES), e a Organização da Sociedade Civil executora, selecionada por meio de Chamamento Público.

A formalização do descredenciamento ocorre por solicitação voluntária da Cozinha Social acima identificada, conforme manifestação expressa de seu responsável legal, não decorrendo de irregularidades ou descumprimento das normas do Programa.

3. DA SOLICITAÇÃO

A Cozinha Social manifesta, por meio deste instrumento, seu interesse em encerrar sua participação no Programa Nutrindo Vidas, de forma voluntária, pelos seguintes motivos:

(Descrever, se for o caso – ex.: encerramento das atividades, reorganização institucional, impossibilidade de continuidade, entre outros.)

4. DA EFETIVAÇÃO DO DESCREDENCIAMENTO

Diante da solicitação apresentada, fica DESCREDENCIADA, a pedido, a Cozinha Social acima identificada, sendo encerrada sua participação no Programa Nutrindo Vidas a partir da data de assinatura deste Termo.

A partir desta data:

I – fica suspenso o acesso a recursos, insumos ou quaisquer benefícios vinculados ao Programa;

II – não poderão ser realizadas novas aquisições ou atividades no âmbito do Programa Nutrindo Vidas;

III – a Cozinha Social deverá apresentar, quando solicitado, as informações necessárias para fins de encerramento administrativo e eventual prestação de contas.

5. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

O presente descredenciamento não impede que a organização responsável pela Cozinha Social apresente nova solicitação de participação em futuras edições ou chamamentos públicos do Programa, desde que atendidas as exigências legais e administrativas vigentes.

6. CIÊNCIA

Declaro estar ciente e de acordo com os termos do presente instrumento de descredenciamento voluntário.

São Leopoldo/RS, ____ de _____ de (ano).

Representante da OSC executora

Nome: _____

Cargo: _____

Assinatura: _____

Responsável pela Cozinha Social

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Secretaria de Desenvolvimento Social – SEDES

Nome: _____

Cargo: _____

Assinatura: _____