



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE PELOTAS
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

PAB

MINISTÉRIO DA CIDADANIA
Programa Alimenta Brasil

ANEXO I - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

• Segmento:

- Rede Pública Sócio Assistencial
- Entidades e Organizações da Rede Sócio Assistencial
- Restaurante Popular
- Rede Pública de Saúde
- Entidades de Saúde de Direito privado sem fins lucrativos.
- Entidades Não Governamentais para Idoso
- Entidades Não Governamentais para Crianças e Adolescentes

• Identificação da Entidade

Entidade/Nome Fantasia:

Razão Social:

CNPJ:

Endereço:

CEP:

UF:

Município:

Complemento:

• Representante Legal

Nome:

CPF:

RG:

Endereço:

UF:

E-mail:

Órgão Emissor:

Município:

Data de Expedição:

Complemento:

CEP:

Telefone:



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE PELOTAS
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

PAB

MINISTÉRIO DA CIDADANIA
Programa Alimenta Brasil

• **Número de Pessoas Beneficiadas – Total:**

0 - 6 anos: 7-15 anos: 16 -17 anos:
18 - 64 anos: Acima 65 anos:
Masculino: Feminino:

• **Fornecimento de Alimentos** (preferencialmente, preencher ambos)

Número de Refeições Diárias - Nº Cestas de Alimentos Semanal-

• **Responsáveis pelo Recebimento**

Nome :

CPF:

RG:

Cargo/Função:

Telefone:

Nome :

CPF:

RG:

Cargo/Função:

Telefone:

Nome :

CPF:

RG:

Cargo/Função:

Telefone: