



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

ANEXO III - TERMO DE COMPROMISSO DA UNIDADE RECEBEDORA

UNIDADE RECEBEDORA: XXXXXX

Nº de inscrição no CNPJ:

Código da Atividade Econômica (consta no cartão do CNPJ):

Principal:

Secundária:

Razão Social (conforme registrado no CNPJ)

Nome Fantasia:

Endereço completo (logradouro, nº, complemento, bairro):

CEP:

Município:

UF:

Representante Legal:

Cargo/Função:

CPF:

Telefone:

E-mail:

IDENTIFICAÇÃO DOAÇÃO DA UNIDADE RECEBEDORA

Identificação do Serviço Prestado (CRAS, CREAS, Abrigos,)	do Propósito (Preparo de refeições a/ou Cestas Alimentares)	de Indicadores (Nº de refeições/dia para assistidas)	de Quantidade (nº pessoas)
--	---	--	----------------------------

Eu, xxxxxxxxxxxx, responsável legal pela Unidade Recebedora acima descrita declaro sob as penas da lei conhecer o Programa Alimenta Brasil – PAB, instituído pela Lei nº 14.284, de 29 de dezembro de 2021, regulamentado pelo Decreto nº 10.880, de 02 de dezembro de 2021 e seus regulamentos, que estou ciente da Proposta de Participação no PAB nº 000.007.194.43/2021, com vigência de XX/XX/XXX a XX/XX/XXXX, da Unidade Executora Secretaria Municipal de Assistência Social, onde foram definidos os produtos e volumes de alimentos a serem destinadas a Unidade Recebedora que represento, e que os alimentos destinados e suas respectivas quantidades, constantes da Proposta de Participação, serão utilizados exclusivamente por esta Unidade Recebedora para atendimento aos beneficiários consumidores atendidos.

Durante a vigência da Proposta de Participação, conforme disponibilidade da Unidade Executora, me comprometo a:

() Receber os produtos relacionados na Proposta de Participação diretamente no endereço desta Unidade Recebedora;

() Retirá-los na Central de Recebimento e Distribuição do PAB no Município.



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

Além do representante legal da Unidade Receptora, estão autorizadas a receber os alimentos e a assinar os respectivos Termos de Doação, as seguintes pessoas:

Nome: _____ CPF: _____
Cargo: _____ RG: _____

Nome: _____ CPF: _____
Cargo: _____ RG: _____

Nome: _____ CPF: _____
Cargo: _____ RG: _____

Dos documentos de necessários para participação no Programa

Estou ciente da obrigatoriedade de encaminhar anexo a este Termo de Compromisso os documentos abaixo relacionados, sob pena, desta Unidade Receptora, ser desvinculada do PAB-CDS:

- Cópia de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- Cópia dos documentos de identificação do Responsável pela entidade (Carteira de Identidade e CPF); e
- Relação das pessoas atendidas pela Entidade (nome completo do beneficiário e, ao menos, nome da mãe, CPF ou NIS).

Dos Direitos

- Ter conhecimento prévio da Proposta de Participação da Unidade Executora;
- Receber os alimentos na quantidade e periodicidade previstos na proposta de participação da Unidade Executora.

Das Responsabilidades e Obrigações

- Assinar o Termo de Doação sempre que receber os produtos diretamente da Unidade Executora, atestando que os alimentos foram entregues nas quantidades acordadas, bem como a qualidade dos mesmos, conforme artigos 12 do Decreto nº 10.880/2021
- Doar os alimentos exclusivamente aos beneficiários consumidores atendidos por esta Unidade Receptora, sendo proibida a permuta ou venda;
- Prestar informações necessárias ao acompanhamento e fiscalização do Programa à Unidade Executora a que a doação estiver vinculada, ao Ministério da Cidadania – MC e aos demais órgãos de controle;
- Levar ao conhecimento das autoridades, qualquer irregularidade relativa à execução do Programa Alimenta Brasil que tenha conhecimento;
- Guardar em boa ordem todos os documentos relativos às doações recebidas por meio do Programa de Aquisição de Alimentos por pelo menos 10 (dez) anos;
- Manter atualizado o cadastro das pessoas atendidas com alimentos doados pelo PAB;
- Deixar exposto em lugar visível placa/cartaz com informação de que aquela Unidade Receptora recebe alimentos do PAB.



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

Das Punições

- A Unidade Receptora que descumprir alguma de suas obrigações ou responsabilidades poderá ser desvinculada e não mais receber os alimentos do PAB;
- A destinação inadequada ou não autorizada dos alimentos recebidos, ou ainda qualquer tipo de fraude será passível de responsabilização administrativa e civil da Unidade Receptora;
- É vedado vincular o ato de doação de alimentos a autoridades ou servidores públicos, de qualquer dos Poderes das três esferas administrativas, bem como a qualquer modalidade de veiculação eleitoral, em consonância com os princípios da impessoalidade e da moralidade, de forma a proteger a probidade administrativa, observada a legislação eleitoral.

Disposições Gerais

O Programa Alimenta Brasil tem a finalidade de incentivar a agricultura familiar, promovendo a sua inclusão econômica e social, com o fomento à produção com sustentabilidade, ao mesmo tempo que promove o acesso à alimentação, em quantidade, qualidade e regularidade necessárias, das pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional, sob a perspectiva do direito humano à alimentação adequada e saudável.

Validade do Termo

O presente Termo de Compromisso tem validade até o fim da vigência da Proposta de Participação no PAB nº 000.007.194.43/2021, podendo ser rescindido por qualquer uma das partes mediante comunicação expressa, com antecedências mínima de 30 dias. A Unidade Executora do PAB pode encerrar o presente Termo caso a entidade não cumpra com as diretrizes do programa, sendo permitido retorno somente após as adequações necessárias, com a observância da conveniência e oportunidade da administração pública.

Os anexos são parte integrante do presente Termo de Compromisso, independentemente de transcrição, para todos os efeitos legais.

E por ter lido e estando de acordo com os termos apresentados, as obrigações assumidas e as condições estabelecidas, as partes assinam o presente Termo em duas vias de igual teor e para um só efeito.

Pelotas, xx de xxxx de 2022.

Responsável Legal pela Unidade Receptora

Nome:
CPF:

Responsável Pela Unidade Executora do PAB

Nome:
CPF:
Matrícula: