**CESTAS DE ALIMENTOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULÁRIO DE RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DAS CESTAS DE ALIMENTOS DISTRIBUIDAS A GRUPOS POPULACIONAIS ESPECIFICOS** | | |
| ***PRESTAÇÃO DE CONTAS*** | | |
| Esse formulário deve ser preenchido no momento da entrega dos alimentos aos beneficiários para controle da instituição parceira e do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e deve ser enviado a SESAN/MDS TAMBÉM EM MEIO DIGITAL na forma de PLANILHA ELETRONICA. | | |
| **É OBRIGATÓRIO o preenchimento dos campos destinados às informações do município, nome do beneficiário, nome da mãe, nº CPF, NIS e data de nascimento.** | | |
| **Grupo Populacional:** | | |
| **Nome(s) do Responsável(eis) pela distribuição:** | | |
| **Órgão:** | | **Data da distribuição:** |
| **Nome da Comunidade:** | **Município:** | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Município** | **Nome do beneficiário\*** | **Nome da Mãe\*** | **CPF\*** | **NIS\*** | **Data de Nascimento** | **ASSINATURA** |
|
|
|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **\*Seguir observação preenchimento abaixo.** | | | | | | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | |
| **Nome e Assinatura do responsável pelo preenchimento CPF Cargo** | | | | | | | |
| **Data:** | | | | | | | |