**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:** |