**KIT HIGIENE PESSOAL**

**RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS**

|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO DE RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DOS KITS EMERGENCIAIS DE ASSISTÊNCIA HUMANITÁRIA**  |
| ***PRESTAÇÃO DE CONTAS*** |
| Esse formulário é parte integrante do Relatório de Prestação de Contas dos Kits de Assistência Humanitária e deve ser preenchido no momento da entrega dos KITS aos afetados. |
| **Nome(s) do(s) Responsável(eis) pela distribuição dos kits:** | **CPF:** |
| **Órgão:** | **Período da distribuição:** | **Assinatura:** |
| **Evento Adverso:**  |
| **Local de distribuição dos kits:** |
| **Nome da Município:** | **UF:** |
| **Localidade**  | **KIT** | **Quantidade** | **Quantidade de Pessoas Atendidas** | **Nome do Afetado** | **Documento de Identificação** | **ASSINATURA** |
|
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Localidade** (informar o nome da comunidade, bairro ou vila de residência do afetado) | **KIT** | **Quantidade** | **Quantidade de Pessoas Atendidas** | **Nome do Afetado** | **Documento de Identificação** | **ASSINATURA** |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |
|  | **HIGIENE PESSOAL** |  |  |  |  |  |