

ANEXO III

FORMULÁRIO DE RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

PROGRAMA DE AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS – COMPRA COM DOAÇÃO SIMULTÂNEA
Plano Operacional 05023-2025-2302503
Portaria nº 191/2025 – SESAN/MDS

DADOS DA ENTIDADE RECEBEDORA	
Nome da Entidade Recebedora:	CNPJ:
Nome do Responsável pela Entidade Recebedora:	CPF:
Endereço da Unidade Recebedora:	Município/UF:

Nome do Beneficiário*	Nome do Responsável*	CPF do Responsável*	NIS do Beneficiário*	Data de Nascimento do Beneficiário*

(*) Informação marcada com asterisco é obrigatória.

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIOS CONSUMIDORES POR FAIXA ETÁRIA*		
Recorte Etário	Masculino	Feminino
0 - 6 anos		
7 - 15anos		
16- 17 anos		
18 - 64 anos		
65 ou mais anos		
TOTAL		

(*) Informação marcada com asterisco é obrigatória.

Brejo Santo, ____/____/____

Assinatura do(a) Responsável

Cargo:

CPF: