

PROGRAMA
ALIMENTA
BRASIL

FORMULÁRIO DE RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS CONSUMIDORES

PROGRAMA ALIMENTA BRASIL – MODALIDADE COMPRA COM DOAÇÃO SIMULTÂNEA
MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME
CENTRAIS DE ABASTECIMENTO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Nome da Entidade Beneficiada:
CNPJ:
Nome do Responsável pela Entidade Beneficiada:
CPF:

Nº DE PESSOAS	FAIXA ETÁRIA				
	0-6	7-15	16-17	18-64	65 ou +