

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:

NOME DO RESPONSÁVEL DA FAMÍLIA		IDADE	CPF RESPONSÁVEL	NÚMERO NIS DO RESPONSÁVEL	TOTAL DE PSSOAS/ FAMÍLIA	0 - 6 anos	07 - 15 anos	18 – 64 anos	65 ou +
1									
2									
3									