

ANEXO III

FORMULÁRIO DE RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

----- PAA/CDS 2023 -----

PORTARIA Nº 900/2023-MDS

FORMULÁRIO DE RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS	
Nome da Entidade Receptora:	CNPJ:
Nome do Responsável pela Entidade Receptora:	CPF:
Endereço da Unidade Receptora:	
Município/UF:	

Nome do beneficiário*	Nome do Responsável*	CPF do Responsável*	NIS* (Beneficiário)	Data de Nascimento do Beneficiário*	Participado Mais Infância*

(*) **Dado Obrigatório**

(*) **Faixa Etária**

0 - 6 anos Masculino() Feminino ()
 7 - 14 anos Masculino() Feminino ()
 15- 23 anos Masculino() Feminino ()
 24 – 65 anos Masculino() Feminino ()
 Maior que 65 anos Masculino() Feminino ()

_____, ____/____/____
 Nova Olinda-CE

 Assinatura do(a) Responsável

Cargo:

CPF: