**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DA ENTIDADE**

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

**PORTARIA Nº 900/2023-MDS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS GERAIS** | | | | |
| Nome da Instituição: | | | | |
| CNPJ: | |  | | |
| Endereço: | | | | |
| Bairro | | | | |
| Número: | CEP: | | | Complemento: |
| Telefone da Instituição: | | | Celular: | |
| \*Entidade registrada no:  ( ) INEP ( ) CEBAS ( ) CMAS ( ) CNES ( ) MDS | | | (\*) N° do Registro: | |
| CONTATO | | | | |
| Nome do Responsável: | | | | |
| E-mail: | | | | |
| Cargo: | | | | |
| Telefone: | | Celular: | | |
| Nome de um outro contato | | | | |
| E-mail: | | | | |
| Cargo: | | | | |
| Telefone: | | Celular: | | |
| Dias e horário de Funcionamento: | | | | |
| Atividades Realizadas: | | | | |
| Público Atendido (Quem e o número diário/semanal e mensal ): | | | | |
| A Entidade possui instalações físicas adequadas?  SIM ()  NÃO ( ) | | | | |
| A Entidade recebe algum apoio na área de Alimentação?  SIM ()  NÃO ( )  QUAL? | | | | |

(\*) Dado obrigatório

**ATENÇÃO:**

**Escolas devem ser registradas no INEP;**

**Entidades de saúde devem ser registradas no CEBAS e ou CNES;**

**Entidades da assistência social devem ser registradas no CMAS e ou Ministério da Cidadania (MC).**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(Nome do município)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Representante Legal

CPF