

# BANCO DE ALIMENTOS

## DIVINÓPOLIS - MG

### FICHA DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

Nº \_\_\_\_\_

**1 - Dados de identificação da Organização:**

Nome da Entidade: \_\_\_\_\_

Presidente: \_\_\_\_\_

Vice: \_\_\_\_\_

Nº do CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço do CNPJ: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Endereço onde atua: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**2. Quais são os convênios da Entidade:**

( ) PMD ( ) GOV.EST. ( ) GOV.FED ( ) IGREJAS ( ) ENTIDADES DE CLASSE ( ) DOAÇÕES INDIVIDUAIS ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

**3 - Público-alvo atendimento prioritário:** \_\_\_\_\_

- Número de crianças atendidas (0 a 6 anos): \_\_\_\_\_

- Número de crianças atendidas (7 a 11 anos): \_\_\_\_\_

- Número de adolescentes atendidos (12 a 18 anos): \_\_\_\_\_

- Número de adultos (19 a 60 anos): \_\_\_\_\_

- Número de idosos atendidos (acima de 60 anos): \_\_\_\_\_

- Número de Famílias: \_\_\_\_\_

**4 - População atendida pela Instituição:** \_\_\_\_\_

**5 - Preparam alimentos no local? ( ) SIM ( ) NÃO**

**5.1 - Tipo de refeição oferecida:** ( ) Café da manhã ( ) Almoço ( ) Lanche da tarde ( ) Jantar ( ) Ceia (noite) ( ) Merenda da manhã ( ) Merenda da tarde ( ) Sopão ( ) Outras: \_\_\_\_\_

**5.2 - Números de atendidos nas refeições:** \_\_\_\_\_ **Faixa etária:** \_\_\_\_\_

**5.3 - Frequência da oferta de refeições:** ( ) todos os dias ( ) segunda a sexta ( ) Outra: \_\_\_\_\_

**5.4 - Alguma restrição alimentar do público atendido?** \_\_\_\_\_

**6 - Fornecem kits ou cestas básicas? ( ) SIM ( ) NÃO**

**6.1 - Número de kits/cestas:** \_\_\_\_\_

**6.2 - Frequência da oferta de kits/cestas:** \_\_\_\_\_

# BANCO DE ALIMENTOS

## DIVINÓPOLIS - MG

6.3 - Dias da semana em que acontece o fornecimento de cestas: \_\_\_\_\_

8 - Possui equipamentos? ( ) Geladeira ( ) Freezer ( ) Câmara Fria

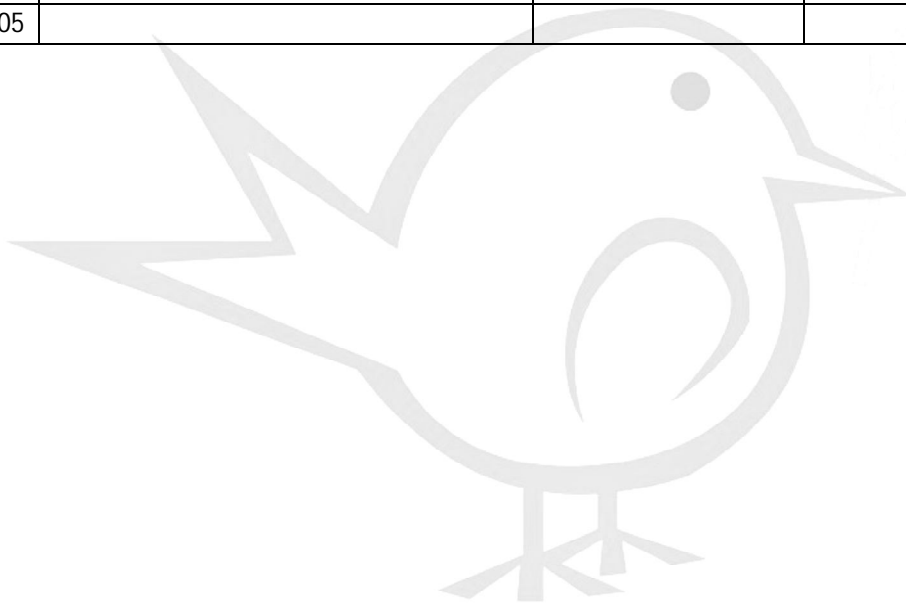
9 - Possui Nutricionista na Entidade? ( ) SIM ( ) NÃO

10 - Possui Veículo Próprio: ( ) Sim ( ) Não

13.1 - Disponibilidade / Retirar Doação: ( ) Sim ( ) Não

13.2 - Autorizados para retirar alimentos na falta do presidente da entidade:

	NOME	RG	TELEFONE
01			
02			
03			
04			
05			



# BANCO DE ALIMENTOS

## DIVINÓPOLIS - MG

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro para os devidos fins, que as informações acima são verdadeiras, comprometo-me a informar quaisquer alterações. Todas as doações recebidas do Banco de Alimentos da cidade de Divinópolis comprometo-me a utilizá-los **GRATUITAMENTE** e **EXCLUSIVAMENTE** dentro dos programas alimentícios desta entidade salvo os casos autorizados por este Banco de Alimentos. Declaro estar ciente que devo entregar dentro do prazo de 30 dias contados do mês subsequente da data em que recebi as doações uma lista constando nome, RG, assinatura, telefone e endereço das pessoas/famílias beneficiadas com as doações do Banco de Alimentos – via correio ou em mãos. Comprometo-me quando solicitado pelo Banco de Alimentos em enviar fotos das famílias recebendo as doações para o email que foi fornecido.

Responsável legal pela Entidade:

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data de Cadastramento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### USO EXCLUSIVO DA ADMINISTRAÇÃO DO BANCO DE ALIMENTOS

Conferido por: \_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Data da Conferência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_