

## 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:<br>( ) 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