Prefeitura Municipal de Alfenas
CNPJ 18.243.220/0001-01

- SECRETARIA MUNICIPAL DA CRIANÇA, DA ASSISTÊNCIA E DOS DIREITOS SOCIAIS-

FORMULÁRIO DE HABILITAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS
(Decreto nº 3.722/25)

Campanha Permanente de Arrecadação de Alimentos e/ou Produtos de Higiene e Limpeza
Lei Municipal nº 5.331/2025 – Decreto nº 3.722/2025

I – IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO
( ) Entidade formalmente constituída
( ) Grupo social informal

II – DADOS DA ENTIDADE / GRUPO
Nome da Entidade / Grupo: _____
CNPJ (se houver): _____
Data de fundação/início das atividades no Município: _____
Endereço completo: _____
Bairro: _____ CEP: _____
Telefone: _____ E-mail: _____

III – RESPONSÁVEL LEGAL OU REPRESENTANTE
Nome completo: _____
CPF: _____ RG: _____
Data de nascimento: _____
Endereço residencial: _____
Telefone / WhatsApp: _____
E-mail: _____

IV – DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (conforme natureza do grupo)

Para entidades formalmente constituídas (anexar cópias):
( ) CNPJ ativo
( ) Estatuto social registrado
( ) Ata da última eleição da diretoria
( ) Plano de trabalho ou projeto social atualizado
( ) Comprovação de registro junto à Secretaria Municipal competente (se aplicável)

Para grupos informais (anexar cópias):
( ) Documento de identificação do responsável
( ) Relato das ações sociais desenvolvidas
( ) Plano de distribuição dos alimentos ou produtos
( ) Declaração de compromisso com uso social e não comercialização

V – DADOS COMPLEMENTARES

Área de atuação social (ex: assistência a famílias, crianças, idosos, pessoas com deficiência, etc.):_____
Número estimado de famílias ou beneficiários atendidos regularmente: _____
Possui local para armazenamento temporário dos produtos?
( ) Sim ( ) Não

VI – DECLARAÇÃO E ASSINATURA
Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras, e que os produtos eventualmente recebidos por meio da Campanha Permanente serão utilizados **exclusivamente para fins sociais**, sem qualquer destinação comercial ou político-partidária. Comprometo-me a apresentar prestação de contas no prazo estabelecido pelo Decreto nº 3.722/2025.

Local e data: _____

Assinatura do responsável: _____

Nome completo (legível): _____

VII – USO EXCLUSIVO DA ADMINISTRAÇÃO

( ) Documentação conferida

( ) Visita técnica realizada em: _____/_____/_____

Observações: _____

Servidor responsável: _____

Assinatura / Carimbo: _____