



**DADOS DA ENTIDADE**

Nome da Entidade*	CNPJ*
-------------------	-------

Nome Completo do Responsável*	CPF*
-------------------------------	------

Endereço*	Número*	Fone	Email do Responsável*
-----------	---------	------	-----------------------

**ENDEREÇO**

UF*	Município*	Distrito*	Localidade*
-----	------------	-----------	-------------

CEP*	Endereço*	Número*	Complemento
------	-----------	---------	-------------

Bairro*	Fone*	Email da Entidade*
---------	-------	--------------------

**CATEGORIAS**

1 Escola  
  2 Pré-Escola  
  3 Creche  
  4 APAE e Similares  
  5 Amparo ao idoso  
  6 Amparo a criança e ao adolescente  
  7 Abrigo/Casa/Albergue  
 8 Hospital  
  9 Restaurante/Cozinha  
  10 Associação Comunitária/Moradores  
  11 Associação Beneficente/Assistência Social/Moradores  
  12 Religiosa  
 13 Associação de Mulheres/Mães  
  14 Amparo aos portadores de necessidades especiais  
  15 Outros (especifique) \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES**

**PERÍODO**

Data do Início do Período*
----------------------------

**PESSOAS ATENDIDAS**

Faixa Etária*	Sexo*	Quantidade*
<input type="checkbox"/> de 0 a 6 anos	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> de 0 a 6 anos	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>
Faixa Etária*	Sexo*	Quantidade*
<input type="checkbox"/> de 7 a 14 anos	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> de 7 a 14 anos	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>
Faixa Etária*	Sexo*	Quantidade*
<input type="checkbox"/> de 15 a 23 anos	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> de 15 a 23 anos	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>
Faixa Etária*	Sexo*	Quantidade*
<input type="checkbox"/> de 24 a 65 anos	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> de 24 a 65 anos	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>
Faixa Etária*	Sexo*	Quantidade*
<input type="checkbox"/> maior que 65 anos	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> maior que 65 anos	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>

**PRODUTOS**

Produto*	Especificação*	Per Capita	Qty Vezes*
LEITE			<input type="text"/>