**TERMO DE ENTREGA**

Eu, {{ nome }} portador(a) do CPF nº {{ cpf }} , telefone para contato {{ telefone }}, DECLARO que recebi na presente data,( 1 ) cestas de alimentos, do Instituto Abílio Pontes.

Declaro que as informações acima são verdadeiras e assumo a responsabilidade sob penas da Lei.

Manaus , 11 de Janeiro de 2025.

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

Assinatura do beneficiário