|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AUTORIZAÇÃO DE ACESSO À PROVISÃO ALIMENTAR** | | | |
| **1 IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO** | | | |
| NOME DO RESPONSÁVEL FAMILIAR (RF) | | NIS DO RF | |
| ENDEREÇO (RUA, AV, ETC.) | Nº | | COMPLEMENTO |
| BAIRRO | CEP | | |
| NOME E ASSINATURA DO SOLICITANTE | | | DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO |
| **2 RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO** | | | |
| SERVIÇO SOCIOASSISTENCIAL | | | DATA DA CONCESSÃO |
| NOME, CARIMBO E ASSINATURA DO TÉCNICO RESPONSÁVEL | | | BM |
| CARIMBO DO SERVIÇO | | | |
| **3 A SER PREENCHIDO NO BANCO DE ALIMENTOS** | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do responsável pelo recebimento Assinatura do responsável pela entrega    Data:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENCAMINHAMENTO DE INFORMAÇÕES À GESTÃO – PROVISÃO ALIMENTAR** | | | |
| **1 IDENTIFICAÇÃO DO CIDADÃO** | | | |
| NOME DO RESPONSÁVEL FAMILIAR (RF) | | DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO | |
| ENDEREÇO (RUA, AV, ETC.) | Nº | | COMPLEMENTO |
| BAIRRO | CEP | | |
| **2 RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO** | | | |
| SERVIÇO SOCIOASSISTENCIAL | | | DATA |
| NOME E CARIMBO DO TÉCNICO RESPONSÁVEL | | | BM |
| NÚMERO DE INTEGRANTES DA FAMÍLIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  A FAMÍLIA POSSUI RENDA IGUAL A R$0,00?  SIM  NÃO  A FAMÍLIA CONTA SOMENTE COM PROVEDOR DO SEXO FEMININO?  SIM  NÃO  A FAMÍLIA POSSUI EM SUA COMPOSIÇÃO:  CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES. QUANTOS: \_\_\_\_\_\_  IDOSOS. QUANTOS: \_\_\_\_\_\_  PESSOA COM DEFICIÊNCIA. QUANTOS: \_\_\_\_\_\_  GESTANTE E/OU NUTRIZ. QUANTOS: \_\_\_\_\_\_ | | | |
| OBSERVAÇÕES: | | | |

Esse