

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: () 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

ANEXO II

DECLARAÇÃO SOBRE INSTALAÇÕES E CONDIÇÕES MATERIAIS

Declaro, para fins de participação do Programa de Aquisição de Alimentos – Compra com Doação Simultânea, que a *[identificação ENTIDADE]* dispõe de instalações físicas adequadas à participação no Programa e responsabiliza-se pelo recebimento, transporte, armazenamento e o fornecimento de refeições prontas, gratuitas e contínuas aos beneficiários consumidores com os alimentos doados.

_____, ____/____/____
(Nome do município)

Assinatura do(a) Representante Legal
CPF:

ANEXO III

FORMULÁRIO DE RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

----- PAA/CDS 2023 -----
PORTARIA Nº 900/2023-MDS

FORMULÁRIO DE RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS	
Nome da Entidade Receptora:	CNPJ:
Nome do Responsável pela Entidade Receptora:	CPF:
Endereço da Unidade Receptora:	
Município/UF:	

Nome do beneficiário*	Nome do Responsável*	CPF do Responsável*	NIS* (Beneficiário)	Data de Nascimento do Beneficiário*	Participado Mais Infância*

(*) **Dado Obrigatório**

(*) **Faixa Etária**

- 0 - 6 anos Masculino() Feminino ()
- 7 - 14 anos Masculino() Feminino ()
- 15- 23 anos Masculino() Feminino ()
- 24 – 65 anos Masculino() Feminino ()
- Maior que 65 anos Masculino() Feminino ()

_____, ____/____/____
(Nome do município)

Assinatura do(a) Responsável
Cargo:
CPF:

ANEXO IV

TERMO DE COMPROMISSO DO BENEFICIÁRIO FORNECEDOR COM A UNIDADE EXECUTORA

----- PAA/CDS 2023 -----
PORTARIA Nº 900/2023-MDS

TERMO DE COMPROMISSO DO BENEFICIÁRIO FORNECEDOR		
I - IDENTIFICAÇÃO DO DENEFIÁRIO FORNECEDOR		
Nome do Agricultor(a)		
Nº da DAP	Data de Validade da DAP	CPF
Endereço:		
Município/UF	CEP	DDD/Fone

EU _____ declaro, sob as penas da lei, que:

- Conheço o Programa de Aquisição de Alimentos, instituído pela Lei nº 14.628, de 20 de julho de 2023, possui duas finalidades básicas: promover o acesso à alimentação e incentivar a agricultura familiar. Para o alcance desses dois objetivos, o programa compra alimentos produzidos pela agricultura familiar, com dispensa de licitação, e os destina a pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional atendidos pela rede socioassistencial, pelos equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional e pela rede pública e filantrópica de ensino também são contemplados;
- Tenho conhecimento prévio da Proposta de Participação da Unidade Executora do Município de _____;
- Comprometo-me a entregar os produtos acordados para serem adquiridos no âmbito do PAA/CDS 2023/2024;
- Comprometo-me a respeitar o valor máximo do limite financeiro disponibilizado, por DAP/CAF, por ano civil, conforme estabelece o a Medida Provisória nº 1.166/2023 e o Decreto nº 11.476/2023, independente da Unidade Executora com a qual estou operando as entregas e que não tenho proposta vigente no PAA-CDS-CONAB.

Dos Produtos e sua origem

Relação de Produtos:

1-	5-
2-	6-
3-	7-
4-	8-

Declaro que o(s) produto(s) relacionados acima, serão comercializado(s) da minha própria unidade de produção.

Dos documentos necessários para participação no Programa

Estou ciente da obrigatoriedade de encaminhar anexo a este Termo de Compromisso os documentos abaixo relacionados:

- Cópia de inscrição no Cadastro de Pessoa Física (CPF) do titular e do cônjuge;
- Cópia da identidade do titular e do cônjuge; Cópia da DAP ;
- Extrato da DAP (Declaração de Aptidão ao PRONAF);
- Comprovante de endereço;
- Certificação (vigente) dos produtos orgânicos /agroecológicos, emitido por entidade credenciada
- Comprovante do NIS (número de identificação social).

Da exclusão do Programa

Estou ciente que qualquer irregularidade constatada e não denunciada poderá ensejar sanções de natureza civil, penal e administrativa e que ao descumprir as regras do PAA-CDS poderei ser excluído automaticamente do Programa, além de estar sujeito a outras penalidades conforme a lei.

Validade do Termo

O presente Termo de Compromisso tem a vigência da Proposta de Participação no PAA/CDS 2023/2024, podendo ser rescindido por qualquer uma das partes mediante comunicação expressa, com antecedência mínima de 30 dias. A Unidade Executora do PAA/CDS pode encerrar o presente Termo caso este Beneficiário Fornecedor não cumpra com as diretrizes e obrigações do Programa, sendo permitido seu retorno somente após as adequações necessárias, com a observância da conveniência e oportunidade da administração pública.

E por ter lido e estando de acordo com os termos apresentados, as obrigações assumidas e as condições estabelecidas, assino o presente Termo em duas vias de igual teor e para um só efeito.

_____, ____/____/____
(Nome do município)

Nome do(a) Beneficiário(a) Fornecedor(a)
CPF: