



**MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME  
PROGRAMA DE AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS**

**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DE GESTORES E DOS REPRESENTANTES DA INSTANCIA DE CONTROLE SOCIAL**

<b>PREFEITURA MUNICIPAL</b>			
Nome		CNPJ	
Endereço		CEP	
Cód. IBGE		UF	
Telefone (___)	Fax: (___)		
<b>DADOS DO PREFEITO</b>			
Nome			
CPF	RG	Órgão Emissor	
<b>ÓRGÃO/ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA GESTÃO DO PROGRAMA NO MUNICÍPIO</b>			
Nome		CNPJ	
Endereço		CEP	
Telefone (___)	Fax: (___)		
<b>DADOS DO TITULAR DO ÓRGÃO</b>			
Nome		Cargo	
CPF	RG	Órgão Emissor	
Data de Nascimento		Fax (___)	
Telefone (___)	E-mail		
<b>DADOS DO SUBSTITUTO DO TITULAR DO ÓRGÃO</b>			
Nome		Cargo	
CPF	RG	Órgão Emissor	
Data de Nascimento		Fax (___)	
Telefone (___)	E-mail		
<b>DADOS DO COORDENADOR DO PAA NO MUNICÍPIO</b>			
Nome		Cargo	
CPF	RG	Órgão Emissor	
Data de Nascimento		Fax (___)	
Telefone (___)	E-mail		

<b>DADOS DO SUBSTITUTO DO COORDENADOR DO PAA</b>		
Nome		Cargo
CPF	RG	Órgão Emissor
Data de Nascimento		Fax ( )
Telefone ( )	E-mail	
<b>DADOS DO TÉCNICO-1 DO PAA</b>		
Nome		Cargo
CPF	RG	Órgão Emissor
Data de Nascimento		Fax ( )
Telefone ( )	E-mail	
<b>DADOS DO TÉCNICO-2 DO PAA</b>		
Nome		Cargo
CPF	RG	Órgão Emissor
Data de Nascimento		Fax ( )
Telefone ( )	E-mail	
Informo que estou enviando, anexas, as cópias autenticadas dos documentos pessoais, RG e CPF, dos servidores elencados acima.		
<b>DADOS DO PRESIDENTE DA INSTANCIA DE CONTROLE SOCIAL</b>		
Nome da Instancia de Controle Social		
Nome		Cargo
CPF	RG	Órgão Emissor
Data de Nascimento		Fax ( )
Telefone ( )	E-mail	
<b>DADOS DO SUBSTITUTO DO PRESIDENTE DA INSTANCIA DE CONTROLE SOCIAL</b>		
Nome		Cargo
CPF	RG	Órgão Emissor
Data de Nascimento		Fax ( )
Telefone ( )	E-mail	

---

Assinatura do Prefeito/Governador

Data e local