



**MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME**  
**SECRETARIA-EXECUTIVA**  
**DEPARTAMENTO DE ENTIDADES DE APOIO E ACOLHIMENTO ATUANTES EM ÁLCOOL E DROGAS**

**ANEXO II**

**DADOS DA ENTIDADE**

<b>Instituição</b>		
Razão Social:		
CNPJ:		
Endereço do CNPJ:		
Endereço do Local de Acolhimento:		
Município:		
Estado:		
Telefones (com código de área):		
E-mail institucional:		
<b>Representante legal</b>		
Nome:		
CPF:		
RG:		
<b>Público atendido:</b>	<b>Capacidade:</b>	<b>Quantidade de vagas que pretende fazer contrato?</b>
Mães nutrizes	_____	_____
Adulto - Gênero Feminino	_____	_____
Adulto - Gênero Masculino	_____	_____
<b>A instituição mantém vagas financiadas com o Estado/DF/Município? ( ) Sim ( ) Não</b>		
Se sim, qual modalidade? ( ) Convênio ( ) Contrato ( ) Termo de Fomento ( ) Outros.		
Vagas financiadas pelo Estado/DF: _____ (especificar por público) ____ Masc. ____ Fem.		
Vagas financiadas pelo Município: _____ (especificar por público) ____ Masc. ____ Fem.		
Possui acesso à internet? ( ) Sim ( ) Não		

Para todos os efeitos legais, **declaro serem verdadeiras** todas as informações registradas neste documento, devidamente preenchido e por mim conferido e assinado.

Local e data

Assinatura do Representante Legal - CPF



Documento assinado eletronicamente por **Diego Mantovaneli do Monte, Coordenador(a)-Geral**, em 30/10/2023, às 16:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 da Presidência da República. .



Documento assinado eletronicamente por **Sâmio Falcão Mendes, Diretor(a)**, em 30/10/2023, às 17:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020 da Presidência da República. .



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.cidadania.gov.br/sei-autenticacao>, informando o código verificador **14623425** e o código CRC **321B7883**.