

MODELOS DE DOCUMENTOS
I. FORMULÁRIOS DE CADASTRO

FORMULÁRIO DE CADASTRO Convênio ICMS nº 18/2003	
PROPONENTE/DOADOR ()	
RECEBEDOR/BENEFICIÁRIO ()	
NOME / RAZÃO SOCIAL	
CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO	
BAIRRO	CEP
CIDADE	UF
[o doador deve indicar pelo menos três usuários autorizados a realizar o cadastro de doações e a solicitação de Certificados de Doação Eventual - CDE]	
[o beneficiário deve indicar pelo menos três usuários autorizados a confirmar o recebimento da doação para fins de prestação de contas]	
USUÁRIO AUTORIZADO 1	
CPF	
CARGO/FUNÇÃO	
E-MAIL	
TELEFONE	
USUÁRIO AUTORIZADO 2	
CPF	
CARGO/FUNÇÃO	
E-MAIL	
TELEFONE	
USUÁRIO AUTORIZADO 3	
CPF	
CARGO/FUNÇÃO	
E-MAIL	
TELEFONE	
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	
CPF	
CARGO/FUNÇÃO	
E-MAIL	
TELEFONE	
CONTATOS INSTITUCIONAIS	
E-MAIL INSTITUCIONAL	
TELEFONE INSTITUCIONAL	
SITE INSTITUCIONAL	
[SOMENTE RECEBEDOR/BENEFICIÁRIO] CLASSIFICAÇÃO/TIPO DE INSTITUIÇÃO	
[SOMENTE RECEBEDOR/BENEFICIÁRIO] MÉDIA DE PESSOAS ATENDIDAS POR MÊS	
_____ , _____ de _____ de _____.	
() [SOMENTE PROPONENTE/DOADOR] Desejo realizar doações com isenção do ICMS.	
() [SOMENTE PROPONENTE/DOADOR] Autorizo o Ministério da Cidadania a utilizar, sem quaisquer ônus, nome e imagem ("logomarca") dos doadores que receberem o Selo de Reconhecimento ou o Selo Especial de Reconhecimento de que trata o art. 2º da presente portaria para fins de divulgação e publicidade da iniciativa.	

II. FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CDE

PRODUTOS DISPONIBILIZADOS PARA DOAÇÃO Convênio ICMS nº 18/2003					
					DATA: ____ / ____ / ____
ITEM	DATA DE VALIDADE	CAIXA/UNIDADE	QUANTIDADE	PESO (KG) / VOLUME (L) TOTAL	VALOR (R\$)
NOME / RAZÃO SOCIAL		PROPONENTE/DOADOR		RECEBEDOR/BENEFICIÁRIO	
CNPJ					
INSCRIÇÃO ESTADUAL					
ENDEREÇO					
CIDADE - UF / CEP					
CEP					
CONTATO					
TELEFONE					
E-MAIL					
					TOTAL

III. DECLARAÇÃO DE CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO DA MERCADORIA

DECLARAÇÃO DE CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO DA MERCADORIA DESTINADA AO PROGRAMA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL Ajuste SINIEF nº 2, de 4 de abril de 2003, e suas atualizações		
DATA: ____ / ____ / ____		
RECEBEDOR / BENEFICIÁRIO		
NOME / RAZÃO SOCIAL		
CNPJ / CPF		INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO		
BAIRRO		MUNICÍPIO-UF
		CEP
NOME DO RESPONSÁVEL		
CARGO		TELEFONE
TRANSPORTADORA		PLACA
ENTIDADE ASSISTENCIAL OU UNIDADE MUNICIPAL BENEFICIADA		CNPJ
		Nº DE PESSOAS ATENDIDAS
1.		
2.		
3.		
...		
ASSINATURA		

Nº CDE(S):	Nº NOTA(S) FISCAL(IS):
------------	------------------------