



CEARÁ
SEM FOME



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO

ANEXO I

Dados que poderão ser solicitados no FORMULÁRIO ELETRÔNICO DE INSCRIÇÃO DE ENTIDADES DA SOCIEDADE CIVIL (PESSOA JURÍDICA)

1 DADOS GERAIS E IDENTIFICAÇÃO			
MUNICÍPIO:			
1.1 INFORMAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO. <i>Informar o local de realização das atividades da organização.</i>			
NOME DA ORGANIZAÇÃO:			
CNPJ DA ORGANIZAÇÃO:			
DATA DO REGISTRO DE ABERTURA DA ORGANIZAÇÃO (CONFORME ESTATUTO):			
ENDEREÇO DO LOCAL DE EXECUÇÃO:			
Nº	CEP:	BAIRRO:	
TELEFONE FIXO: ()		TELEFONE CELULAR: ()	
E-MAIL:			
1.2 CONTATO RESPONSÁVEL			
NOME DO RESPONSÁVEL:			
CARGO/ FUNÇÃO:			
E-MAIL:			
TELEFONE FIXO: ()	TELEFONE CELULAR: ()	OUTRO CONTATO: ()	
2 QUAL O PÚBLICO ATENDIDO PELA ORGANIZAÇÃO?			
SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL () SIM () NÃO			
SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO () SIM () NÃO			
IDOSOS () SIM () NÃO			
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA () SIM () NÃO			
CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES () SIM () NÃO			
POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS () SIM () NÃO			
OUTRAS CONDIÇÕES NÃO ESPECIFICADAS. QUAL?			
2.1 QUAL O QUANTITATIVO DE PESSOAS ATENDIDAS?			
TOTAL DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL Nº			
TOTAL DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE ACOLHIMENTO Nº			
TOTAL DE PESSOAS IDOSAS Nº			
TOTAL DE PESSOAS COM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA Nº			
TOTAL DE CRIANÇAS Nº			
TOTAL DE ADOLESCENTES Nº			
TOTAL DE PESSOAS DE POVOS E COMUNIDADES TRADICIONAIS Nº			
TOTAL DE PESSOAS EM OUTRAS CONDIÇÕES NÃO ESPECIFICADAS Nº			
TOTAL GERAL DE PESSOAS ATENDIDAS Nº:			
2.2 QUAIS OS DIAS E HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO DA ORGANIZAÇÃO?			
DIA(S) DA SEMANA:	() SEGUNDAS-FEIRAS / () TERÇAS-FEIRAS / () QUARTAS-FEIRAS / () QUINTAS-FEIRAS / () SEXTAS-FEIRAS / () SÁBADOS / () DOMINGOS		
HORÁRIO(S) DE FUNCIONAMENTO:	() MANHÃ - HORÁRIO: _____ () TARDE - HORÁRIO: _____ () NOITE - HORÁRIO: _____		

Secretaria da Proteção Social

Rua Soriano Albuquerque, 230 - Joaquim Távora - CEP 60130-160

Fortaleza/CE – Fone: (85) 3108 0283



CEARÁ
SEM FOME



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO

3 QUAIS OS TIPOS DE REFEIÇÕES SERVIDAS. Marcar somente com um "X" no campo em branco.

REFEIÇÕES	<input type="checkbox"/> CAFÉ DA MANHÃ	<input type="checkbox"/> ALMOÇO	<input type="checkbox"/> JANTAR
	<input type="checkbox"/> LANCHE DA MANHÃ	<input type="checkbox"/> LANCHE DA TARDE	<input type="checkbox"/> CEIA

4 POSSUI INFRAESTRUTURA PARA REALIZAR O TRANSPORTE DAS DOAÇÕES.

PRÓPRIO CEDIDO ALUGADO / FRETADO

5 INTUITO PRIMORDIAL NA UTILIZAÇÃO DA CONCESSÃO DAS DOAÇÕES DA UNIDADE CENTRAL DO PROGRAMA CEARÁ SEM FOME.

ATENDER O MAIOR NÚMERO DE FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE POBREZA E EXTREMA POBREZA ()

TERRITÓRIOS E GRUPOS VULNERÁVEIS ()

EMERGÊNCIAS SOCIAIS ()

INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL ()

Secretaria da Proteção Social

Rua Soriano Albuquerque, 230 - Joaquim Távora - CEP 60130-160

Fortaleza/CE – Fone: (85) 3108 0283



CEARÁ
SEM FOME



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO

ANEXO II

MODELO

DECLARAÇÃO DE GRATUIDADE E TRANSPARÊNCIA

Eu, _____, inscrito no CPF sob o nº _____, e RG nº _____, residente e domiciliado na _____, nº _____, bairro _____, na cidade de _____/ CE, representante legal da organização da sociedade civil denominada _____, com sede na _____, nº _____, bairro _____, na cidade de _____/ CE, inscrito no CNPJ sob nº _____,

- DECLARO que o projeto desenvolvido pela organização é gratuito para os usuários, não sendo cobrado quaisquer pagamentos pelas atividades prestadas.
- DECLARO, para os devidos fins e sob penas da lei, que a organização se compromete a garantir a transparência do compromisso celebrado.

(CE), _____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Representante Legal da Organização
Nome Completo e Cargo



CEARÁ
SEM FOME



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO

ANEXO III

MINUTA

(EM PAPEL TIMBRADO DA ENTIDADE)

**TERMO DE CREDENCIAMENTO, COMPROMISSO E CONDUTA DA
ENTIDADE E REPRESENTANTE LEGAL**

DADOS DA ENTIDADE	
RAZÃO SOCIAL:	
CNPJ Nº: _____._____._____-____	
ENDEREÇO DA SEDE:	
CIDADE:	CEP:
E-MAIL INSTITUCIONAL:	
TELEFONE DA ENTIDADE:	

DADOS DO(A) REPRESENTANTE LEGAL	
NOME COMPLETO:	
CPF Nº: _____._____._____-____	RG Nº
ENDEREÇO RESIDENCIAL:	
CIDADE:	CEP:
E-MAIL PESSOAL:	
TELEFONE:	WHATSAPP:

Por este termo, a ENTIDADE, acima qualificada e representada, se compromete a realizar atividades voluntárias em prol do Programa Ceará Sem Fome, conforme características, especialmente no EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. ___/2023, que trata do credenciamento de ENTIDADE DA SOCIEDADE CIVIL (PESSOA JURÍDICA), voluntárias, para recebimento de alimentos doados por intermédio do Programa Ceará sem Fome.

Pelo exposto, a Entidade, por meio de seu(sua) representante legal:

a) AUTORIZA o Programa Ceará Sem Fome, a título gratuito e em caráter definitivo, irrevogável, irretratável e por prazo indeterminado:

- Utilizar o seu nome e sua imagem e voz obtidas, captadas, gravadas e fotografadas nos trabalhos da Programa, bem como reproduzidas por qualquer forma de tecnologia para uso em atividades ou de divulgação, seja através de mídia virtual, impressa, televisiva, radiodifusão, palestras e seminários, dentre outros.

b) ESTÁ CIENTE que:

- Deverá estar presente e assinar o TERMO DE DOAÇÃO no ato do recebimento dos alimentos, condicionante para realização da entrega pela Unidade Central do Programa Ceará Sem Fome;

Secretaria da Proteção Social

Rua Soriano Albuquerque, 230 - Joaquim Távora - CEP 60130-160
Fortaleza/CE – Fone: (85) 3108 0283



CEARÁ
SEM FOME



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO

- Deverá seguir as regras de boa conduta;
- As doações recebidas através do Programa Ceará Sem Fome deverá ser exclusivamente para finalidade de atuar na **PRODUÇÃO E/OU DISTRIBUIÇÃO GRATUITAS DE ALIMENTOS/REFEIÇÕES à população em situação de insegurança alimentar e nutricional**;
- Poderá ser realizada visita técnica pela Comissão Executora das Doações, vinculada à Unidade Central do Programa Ceará Sem Fome, para verificação das informações prestadas no formulário eletrônico de inscrição;
- Poderá ser penalizado com a exclusão do Programa Ceará Sem Fome se constatado que as informações prestadas no formulário de inscrição não condizem com a realidade ou por desvio da finalidade do programa, como: descumprimento de quaisquer das condições previstas neste edital, bem como na legislação aplicável ao objeto, ensejará o descredenciamento da ENTIDADE/representante legal, assegurado o contraditório e a ampla defesa; cobranças de taxas, valores financeiros ou outra forma de contrapartida das famílias atendidas; venda dos alimentos doados ou desvio para outras finalidades; apresentação de documentos falsos ou de entidades diferentes; Os casos omissos e não previstos por no Edital serão resolvidos pela Unidade Central do Programa Ceará Sem Fome.

O presente termo vigora pelo prazo de 02 (dois) anos, com início na data de sua assinatura, podendo qualquer das partes rescindi-lo quando lhe aprover, sem qualquer ônus e independentemente de prévia comunicação.

Na ausência de manifestação das partes, o presente termo será prorrogado por igual período.

Local..... (CE), ____ de _____ de 20 ____

Assinatura

(CARIMBO OU NOME COMPLETO / CPF)

Secretaria da Proteção Social

Rua Soriano Albuquerque, 230 - Joaquim Távora - CEP 60130-160

Fortaleza/CE – Fone: (85) 3108 0283



CEARÁ
SEM FOME



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO

**ANEXO IV –
MODELO**

TERMO DE DOAÇÃO À ENTIDADE CREDENCIADA (PESSOA JURÍDICA)

DOADOR:	GOVERNO DO CEARÁ, através da UNIDADE CENTRAL DO PROGRAMA CEARÁ SEM FOME
RECEBEDOR(A):	ENTIDADE CREDENCIADA – [RAZÃO SOCIAL]
CNPJ Nº	____.____.____-____
ENDEREÇO DA ENTIDADE:	
CIDADE:	
REPRESENTANTE LEGAL:	
CPF Nº:	
DATA DA RETIRADA/RECEBIMENTO:	____/____/____

DECLARO, para os devidos fins de direito, sob advertência do artigo 299 do Código Penal e conforme Decreto Estadual nº 35.597/2023, que instituiu a Unidade Central do Programa Ceará Sem Fome e dispõe sobre o procedimento para doação de alimentos, e Edital de Chamamento Público que deu origem ao credenciamento dessa ENTIDADE no Programa Ceará Sem Fome, que **recebi os itens abaixo relacionados por meio de doações:**

ITENS	QUANTIDADES

Assumo o compromisso de entregar, em até 30 dias, a partir da presente data, o **RELATÓRIO DE COMPROVAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE ALIMENTOS/REFEIÇÕES À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL**, contendo registros fotográficos, com no mínimo 03 fotos de diferentes beneficiários (modelo constante no Edital).

Assinatura do(a) representante legal da ENTIDADE CREDENCIADA no Programa Ceará Sem Fome

PROFISSIONAL DA UNIDADE CENTRAL DO PROGRAMA CEARÁ SEM FOME QUE REALIZOU A ENTREGA DA DOAÇÃO	
Nome Completo:	
Cargo:	
Assinatura legível:	

Secretaria da Proteção Social

Rua Soriano Albuquerque, 230 - Joaquim Távora - CEP 60130-160
Fortaleza/CE – Fone: (85) 3108 0283



CEARÁ
SEM FOME



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO

**ANEXO V –
MODELO**

**RELATÓRIO DE COMPROVAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE ALIMENTOS/REFEIÇÕES À
POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL**

DADOS DA ENTIDADE CREDENCIADA	
RAZÃO SOCIAL:	
CNPJ Nº: _____._____._____-____	
ENDEREÇO DA SEDE:	
CIDADE:	CEP:
E-MAIL INSTITUCIONAL:	
TELEFONE DA ENTIDADE:	

DADOS DO(A) REPRESENTANTE LEGAL	
NOME COMPLETO:	
CPF Nº: _____._____._____-____	RG Nº
ENDEREÇO RESIDENCIAL:	
CIDADE:	CEP:
E-MAIL PESSOAL:	
TELEFONE:	WHATSAPP:

Considerando o disposto no TERMO DE DOAÇÃO de alimentos recebidos por mim, em ____/____/____, através do GOVERNO DE ESTADO DO CEARÁ, por intermédio da Unidade Central do Programa Ceará Sem Fome, em que assumi o compromisso de comprovar a **DISTRIBUIÇÃO GRATUITA DE ALIMENTOS/REFEIÇÕES À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL** através de registros fotográficos em até 30 dias a partir da data da doação, com no mínimo 03 fotos de diferentes beneficiários;

Aos ____ dias do mês de _____ de 20____, APRESENTO a comprovação da(s) atividade(s) realizada(s), denominada de: _____ (nome da ação). A quantidade total de beneficiários nesta(s) atividade(s) foi de ____ (especificar a quantidade total de pessoas beneficiadas com a ação e qual o público atendido)

(FOTO LEGÍVEL)	(FOTO LEGÍVEL)	(FOTO LEGÍVEL)
----------------	----------------	----------------



CEARÁ
SEM FOME



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO

Data/Horário	Data/Horário	Data/Horário
Local/Endereço:	Local/Endereço:	Local/Endereço:
Cidade:	Cidade:	Cidade:
Obs.:	Obs.:	Obs.:

(No mínimo, 03 fotos)

É o relatório. Ao qual, eu, representante legal da entidade credenciada no Programa Ceará Sem Fome, declaro que as informações acima são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

Assinatura do(a) representante legal da ENTIDADE CREDENCIADA no Programa Ceará Sem Fome

Secretaria da Proteção Social

Rua Soriano Albuquerque, 230 - Joaquim Távora - CEP 60130-160

Fortaleza/CE – Fone: (85) 3108 0283