

ANEXO I

Formulário de entrega/recebimento dos alimentos doados

TERMO DE RECEBIMENTO

Doador: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo
Donatário (Razão Social): Prefeitura Municipal de <i>Avaré</i>
CNPJ: <i>46.634.168/0001-50</i>
Data da retirada/entrega: <i>01/06/2021</i>
Responsável pela retirada/entrega (nome e CPF): <i>Bruna Maria Costa Silvestre</i> <i>CPF: 373.008.748-78</i>

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob advertência do artigo 299 do Código Penal que recebi os itens abaixo relacionados por meio de doações do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, CRF-SP:

Itens	Quantidade de cada item
<i>Sabonetes Rexona</i>	<i>19</i>
<i>Sal 1kg</i>	<i>1</i>
<i>Macarrão espaguete 500g</i>	<i>3</i>
<i>Aroz 2kg</i>	<i>1</i>
<i>Aroz 1kg</i>	<i>3</i>
<i>Feijão 1kg</i>	<i>9</i>
<i>Açúcar 1kg</i>	<i>5</i>
<i>Macarrão Penne 500g</i>	<i>1</i>
<i>Macarrão Padre Nono 500g</i>	<i>2</i>
<i>Fubá 500g</i>	<i>4</i>
<i>Farinha de milho 500g</i>	<i>1</i>
<i>Bolacha salgada 200g</i>	<i>2</i>

Informo que os itens acima relacionados terão a seguinte destinação:

Fundo Social de Solidariedade - Avaré - SP.

Avaré (cidade), 01 (data) de junho (mês) de 2021.

Assinatura do Representante Legal da Prefeitura Municipal de Avaré

Nome: Bruxista

RG: 24.044.597-X