**ANEXO I**

**PROPOSTA**

**1 – Dados Cadastrais**(Preencher Dados)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Órgão / Entidade **Proponente** | | | | CNPJ |
| Endereço | | | | |
| **Objetivo Social e Institucional da Entidade** | | | | |
| E-mail | | | | |
| Cidade | UF | CEP | DDD / Telefone | Entidade  Filantrópica sem Fins Lucrativos |
| Nome do Responsável | | | | CPF |
| Cédula de Identidade / Órgão Expedidor | | | | Função |
| Endereço e telefone residencial | | | | CEP |

**2 - Metas**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Descrição por tipo de atendimento** | **Qtde** | **Valor unitário R$** |
| **1** | **1 ano a 3 anos, 11 meses e 29 dias.**  Período INTEGRAL  Berçário II  Maternal I  Maternal II |  |  |
| Período Parcial MATUTINO  Berçário II  Maternal I  Maternal II |  |  |
| Período Parcial VESPERTINO  Berçário II  Maternal I  Maternal II |  |  |