

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SMED – UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR

REGISTRO DE REFEIÇÕES

Modelo
Mês/Ano

SIE: _____

CARGA HORÁRIA DE ATENDIMENTO DA ESCOLA: () 10H () 12H

ESCOLA: _____

Dia	Dia / sem	Lanche manhã	Almoço	Lanche tarde	Jantar	L.extra	Total
1	domingo						0
2	2ªfeira						0
3	3ªfeira						0
4	4ªfeira						0
5	5ªfeira						0
6	6ªfeira						0
7	sábado						0
8	domingo						0
9	2ªfeira						0
10	3ªfeira						0
11	4ªfeira						0
12	5ªfeira						0
13	6ªfeira						0
14	sábado						0
15	domingo						0
16	2ªfeira						0
17	3ªfeira						0
18	4ªfeira						0
19	5ªfeira						0
20	6ªfeira						0
21	sábado						0
22	domingo						0
23	2ªfeira						0
24	3ªfeira						0
25	4ªfeira						0
26	5ªfeira						0
27	6ªfeira						0
28	sábado						0
29	domingo						0
30	2ªfeira						0
31	3ªfeira						0
	Total	0	0	0	0	0	0

Obs.: preencher cada lacuna de acordo com o real atendimento presencial dos alunos;
Colocar 0 (ZERO) nas lacunas onde não houve atendimento.

Nome Completo do Responsável: _____

Cargo: _____ CPF: _____

Assinatura do Responsável: _____

Carimbo da Escola: