

COMAS - CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL



FICHA RECADASTRAMENTO 2008 - MARINGÁ

****Nome completo da entidade:**

Abreviatura/sigla:

****Endereço:**

****CNPJ:**

****Bairro:**

****CEP:**

****Telefones:**

Fax:

e-mail:

****Data de fundação (conforme ata de fundação):**

DADOS DA DIRETORIA

****MANDATO DE**

A

****PRESIDENTE:**

****RG:**

****CPF:**

****Endereço:**

****CEP:**

****Telefone RESIDENCIAL:**

Celular:

****Cidade:**

e-mail:

****VICE-PRESIDENTE:**

****RG:**

****CPF:**

****Endereço:**

****CEP:**

****Telefone RESIDENCIAL:**

Celular:

****Cidade:**

e-mail:

****TESOUREIRO:**

****RG:**

****CPF:**

****Endereço:**

****CEP:**

****Telefone RESIDENCIAL:**

Celular:

****Cidade:**

e-mail:

****SECRETÁRIO:**

****RG:**

****CPF:**

****Endereço:**

****CEP:**

****Telefone RESIDENCIAL:**

Celular:

****Cidade:**

e-mail:

****Assinatura do presidente:**

ATENÇÃO - O não preenchimento de algum dos campos com ** implica na não emissão do atestado de funcionamento, tendo em vista que tais dados são necessários para emissão do mesmo e para atualização de endereços em nosso banco de dados.

Os dados devem ser preenchidos nesta ficha, caso a entidade queira, podemos enviar por e-mail.

Favor preencher com letra **DE FORMA**, datilografado ou digitado.