



Conselho Municipal de Assistência Social de Goiânia

FICHA DE CADASTRAMENTO DE INSTITUIÇÃO - CMASGyn

Nome da Entidade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

CEP: _____ Telefone: _____

Whatsapp Institucional: _____

Início de Funcionamento: _____

CNPJ: _____

Código e Descrição da Natureza Jurídica: _____

Código e Descrição da Atividade Principal.: _____

Código e Descrição das Atividade Econômicas Secundárias.: _____

E-mail da Instituição: _____

Dados do Responsável Legal pela Entidade Social

Responsável Legal: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Telefone Celular: _____ Telefone Recado.: _____

E-mail: _____

Data de Nascimento: _____

Ocupação Principal (Profissão): _____

Duração do Mandato: _____

Nº CI: _____ Nº CPF: _____

Conforme Ata de Eleição e Posse Vigente Informar.:

Presidente da Entidade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Telefone Celular: _____ Telefone Recado.: _____

E-mail: _____

Data de Nascimento: _____

Ocupação Principal (Profissão): _____

Duração do Mandato: _____

Nº CI: _____ Nº CPF: _____

Conforme Ata de Eleição e Posse Vigente Informar.:

Vice Presidente da Entidade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Telefone Celular: _____ Telefone Recado.: _____

E-mail: _____

Data de Nascimento: _____

Ocupação Principal (Profissão): _____

Duração do Mandato: _____

Nº CI: _____ Nº CPF: _____

Tesoureiro da Entidade

Tesoureiro da Entidade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Telefone Celular: _____ Telefone Recado.: _____

E-mail: _____

Data de Nascimento: _____

Ocupação Principal (Profissão): _____

Duração do Mandato: _____

Nº CI: _____ Nº CPF: _____

Local e data: _____

Responsável pelas informações: _____