

CMASGyn

Conselho Municipal de Assistência Social de Goiânia

N J. F. d. J. J.	FICHA I	DE CADASTR	RAMENTO DE IN	STITUIÇÃO	
Nome da Entidade:		<del>                                     </del>			
Endereço:					
Bairro:					Cep:
Telefone:		Telefone:			Fare
releione:	]	l elefone:			Fax:
Início de Funcionamento:	Ocupação	– Área (Crian	ica e Adolescente.	Idoso, Mulher, De	ficiente e Ações Comunit.:)
CNPJ:					
D Di	/*.1 1		E-Mail Instituiçã	.0:	
Presidente ou Diretor da Ent	naaae:				
Endereço					
Bairro:					Cep:
Telefone Residencial:	Telefone Celul	lar:	E-mail:		
D + 1 A : /:		5 × B;	· 1/D (° ~ )		
Data de Aniversário:	(	Ocupação Prin	cipal (Profissão):		
Duração do Mandato:				Govern	amental? (S/N):
Daração do Mandato.	à			3076111	
N° CI:				Nº CPF:	
Vice-Presidente ou Vice-Dire	etor da Entidade	e:			
F 1					
Endereço					
Bairro:					Cep:
Telefone Residencial:	Telefone Celul	lar:	E-mail:		
Data de Aniversário:	(	Ocupação Prin	cipal (Profissão):		
Duração do Mandato:				C	amental? (S/N):
Duração do Mandato:	à			Govern	
N° CI:	a			N° CPF:	
Tesoureiro da Entidade:					
Endereço		<u> </u>			
Bairro:					Cons
Dairro:					Cep:
Telefone Residencial:	Telefone Celul	lar:	E-mail:		
Data de Aniversário:	(	Ocupação Prin	cipal (Profissão):		
Duração do Mandato:	, — —			Govern	amental? (S/N):
NO CI.	à 📗 📗			NIO CIDE	
Nº CI:				N° CPF:	
	1 1 1 1	1 1 1			

Responsável pelas informações: