

FORMULÁRIO PARA CADASTRAMENTO DE ROL DE RESPONSÁVEIS

DADOS DA ENTIDADE

01 – UNIDADE GESTORA NR: _____

02 – NOME DA ENTIDADE: **CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SERGIPE**

03 – CNPJ: **13.083.431/0001-00**

04 – ENDEREÇO: **RUA VILA CRISTINA, 589 – BAIRRO SÃO JOSÉ**

05 – MUNICÍPIO: **ARACAJU** 06 – UF: **SE** 07 – CEP: **49015-000**

08 – TELEFONE: **(79) 3214-3404/3214-6322** 09 – FAX: **(79) 3211-7212**

10 – ATO DE CRIAÇÃO/NR/DATE: **Lei n.º 4.324, de 14 de abril de 1964, regulamentada pelo Decreto n.º 68.704, de 03 de junho de 1971.**

DADOS DOS DIRIGENTES DA ENTIDADE

11 – NOME DO ORDENADOR DE DESPESAS: **ANDERSON LESSA SIQUEIRA**

12 – CPF: **532.162.295-72**

13 – ATO DE NOMEAÇÃO/NR/DATE: **Ata nº. 663 de 17/03/2017 a 16/03/2019**

14 – PERÍODO DE RESPONSABILIDADE: **17/03/2017 a 31/12/2017**

15 – ENDEREÇO RESIDENCIAL: **RUA JOSÉ DEODORO DOS SANTOS, 290, EDF. SUBLIME AP. 806 - BAIRRO LUZIA - CONDOMÍNIO ELEVATTO**

16 – MUNICÍPIO: **ARACAJU** 17 - UF: **SE** 18 – CEP: **49045-390**

19 – GESTOR FINANCEIRO: **ERICKSON PALMA SILVA**

20 – CPF: **654.651.805-87**

21 – ATO DE NOMEAÇÃO/NR/DATE: **Ata nº. 663 de 17/03/2017 a 16/03/2019**

22 – CONTADOR RESPONSÁVEL: **CYBELLE CARLA DA SILVA – DE 01/06/2017 a 31/12/2017**

23 – CPF: **052.717.854-32** **CRC-SE Nº 773510-2**

24 – ORDENADOR DE DESPESA SUBSTITUTO: **ANNA TEREZA AZEVEDO DE ANDRADE LIMA**

25 – CPF: **533.393.395-20**

26 – ATO DE NOMEAÇÃO/NR/DATE: **Ata nº. 663 de 17/03/2017 a 16/03/2019**

27 – ENDEREÇO RESIDENCIAL: **R. Ananias Azevedo, 100 - Ed. Fiorentino – B.13 de Julho**

28 – MUNICÍPIO: **ARACAJU** 29 – UF: **SE** 30 – CEP: **49020-190**

ATENÇÃO: O campo 01 NÃO SE PREENCHE; Os campos 11 e 24 devem ser preenchidos com os nomes do Presidente e do Secretário do Conselho.