

**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/DATA: **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/DATA: **Atas nºs: 595 de 18/03/2013 e 628 de 13/03/2015**14 – PERÍODO DE RESPONSABILIDADE: **01/01/2015 a 31/12/2015**15 – ENDEREÇO RESIDENCIAL: **RUA JOSÉ DEODORO DOS SANTOS, 290, EDF. SUBLIME AP. 806 - BAIRRO LUZIA**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/DATA: **Atas nºs: 595 de 18/03/2013 e 628 de 13/03/2015**22 – CONTADOR RESPONSÁVEL: **ANDREZA SANTOS ALVES DA SILVA**23 – CPF: **788.344.225-20** **CRC-SE Nº 6.833**24 – ORDENADOR DE DESPESA SUBSTITUTO: **ANNA TEREZA DE ANDRADE LIMA CARVALHO**25 – CPF: **533.393.395-20**26 – ATO DE NOMEAÇÃO/NR/DATA: **Atas nºs: 595 de 18/03/2013 e 628 de 13/03/2015**27 – ENDEREÇO RESIDENCIAL: **R.Homero de Oliveira, 325 Ap.302 Ed.Porto Fino – 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.**