

**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 n.ºs: 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 n.ºs: 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 N° 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 n.ºs: 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.