

**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** 09 – FAX: _____
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: **ANNA TEREZA AZEVEDO DE ANDRADE LIMA**
12 – CPF: **XXX.393.395-XX**
13 – ATO DE NOMEAÇÃO/NR/DATA: **Ata n.º. 757 de 01/01/2022**
14 – PERÍODO DE RESPONSABILIDADE: **01/01/2022 a 31/12/2023-DECISÃO CFO-36/2021**
15 – ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____
16 – MUNICÍPIO: **ARACAJU** 17 - UF: **SE** 18 – CEP: _____
19 – GESTOR FINANCEIRO: **ERICKSON PALMA SILVA**
20 – CPF: **XXX.651.805-XX**
21 – ATO DE NOMEAÇÃO/NR/DATA: **Ata n.º. 757 de 01/01/2022 E DECISÃO CFO-36/2021**
22 – CONTADOR RESPONSÁVEL: **CYBELLE CARLA DA SILVA – DE 01/06/2017 a 31/12/2022**
23 – CPF: **XXX.717.854-XX** **CRC-SE N° 773510-2**
24 – ORDENADOR DE DESPESA SUBSTITUTO: **VALÉRIA MOTA QUINTELA**
25 – CPF: **XXX.846.285-XX**
26 – ATO DE NOMEAÇÃO/NR/DATA: **Ata n.º. 757 de 01/01/2022**
27 – ENDEREÇO RESIDENCIAL: _____
28 - MUNICÍPIO: **ARACAJU** 29 – UF: **SE** 30 – CEP: _____

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.