



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO
Secretaria Municipal de Assistência Social e da Família - Semasf
Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS



ANEXO II

DECLARAÇÃO DE FUNCIONAMENTO (Segmento Entidades, Trabalhadores e Organização de Usuários)

DECLARO, para os devidos fins, que o/a (nome da entidade/organização) _____

_____,
com sede (endereço) _____, na
cidade de _____, Estado (UF) _____, portadora do CNPJ
nº _____, está em pleno e regular funcionamento, desde (data
de fundação) ____/____/____, cumprindo regularmente as suas finalidades estatutárias,
sendo a sua Diretoria atual, com mandato de ____/____/____ a ____/____/____,
constituída dos seguintes membros, de acordo com ata de eleição e posse:

Presidente (nome completo): _____

Nº do RG: _____, Órgão expedidor: _____, CPF: _____
Endereço Residencial: _____

E-mail: _____

Vice-presidente ou cargo equivalente (nome completo): _____

Nº do RG: _____, Órgão expedidor: _____, CPF: _____
Endereço Residencial: _____

E-mail: _____

Secretário (a) ou cargo equivalente (nome completo): _____

Nº do RG: _____, Órgão expedidor: _____, CPF: _____
Endereço Residencial: _____

E-mail: _____

Avenida Guanabara, nº 965, Bairro Nossa Senhora das Graças – Casa dos Conselhos Municipais
Fone: 3901-2869 E-mail: cmas@portovelho.ro.gov.br

Matéria publicada no Diário Oficial dos Municípios do Estado de Rondônia no dia 14/05/2019. Edição 2457

A verificação de autenticidade da matéria pode ser feita informando o código identificador no site:

<http://www.diariomunicipal.com.br/arom/>

* Este texto não substitui o publicado no DOM de 14/05/2019.

