

**ANEXO III - Requerimento de Inscrição**

Entidades que também atuam na Assistência Social

**Senhor (a) Presidente do Conselho Municipal de Assistência Social de Teresópolis / RJ.**

A entidade abaixo qualificada, por seu representante legal infra-assinado, vem requerer a inscrição dos **serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais** abaixo descritos, nesse Conselho.

***A - Dados da Entidade:***

Nome da Entidade \_\_\_\_\_  
CNPJ: \_\_\_\_\_  
Código Nacional de Atividade Econômica Principal e Secundário \_\_\_\_\_  
Data de inscrição no CNPJ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_  
nº \_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
Município \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Atividade Principal \_\_\_\_\_

Síntese dos serviços realizados no Município (descrever todos):

---

---

---

---

---

Síntese dos programas realizados no Município (descrever todos):

---

---

---

---

---

Síntese dos projetos realizados no Município (descrever todos):

---

---

---

---

---

Síntese dos benefícios socioassistenciais realizados no Município (descrever todos):

---

---

---

---

---

***B - Dados do Representante Legal:***

Nome \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_  
Município \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
Celular \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
RG \_\_\_\_\_ Órgão \_\_\_\_\_  
CPF \_\_\_\_\_ Data nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Escolaridade \_\_\_\_\_  
Período do Mandato: \_\_\_\_\_

***C - Informações adicionais***

---

---

---

---

---

---

---

*Termos em que,  
Pede deferimento.*

**Local** \_\_\_\_\_

**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Assinatura do representante legal da  
entidade**