## EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO № 02/2023

## ANEXO I - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

| 1.ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CI         | VIL SEM FINS LUCRAT | TIVOS        |       |
|---------------------------------------|---------------------|--------------|-------|
| RAZÃO SOCIAL:                         |                     |              |       |
| NOME FANTASIA:                        |                     |              |       |
| CNPJ:                                 |                     |              |       |
| ENDEREÇO:                             |                     |              |       |
| BAIRRO:                               |                     |              |       |
| CIDADE:                               |                     |              |       |
| CEP:                                  |                     |              |       |
| TELEFONE:                             |                     |              |       |
| E-MAIL                                |                     |              |       |
| II-REPRESENTANTE LEGAL                |                     |              |       |
| NOME:                                 |                     |              |       |
| CPF:                                  |                     |              |       |
| RG:                                   |                     | O EXPEDIDOR: |       |
| CARGO:                                | FUNÇA               | ÃO:          |       |
| ENDEREÇO:                             |                     |              |       |
| BAIRRO:                               |                     |              |       |
| CIDADE:                               |                     |              |       |
| CEP:                                  |                     |              |       |
| TELEFONE:                             |                     |              |       |
| PERÍODO DE MANDATO DA DIRETOR         | (A:                 |              |       |
| III-UNIDADE DE ATENDIMENTO            |                     |              |       |
| Obs.: Em caso de mais de uma Unidade, |                     |              |       |
| NOME:                                 |                     |              |       |
| ENDEREÇO:                             |                     |              |       |
| BAIRRO:                               |                     |              |       |
| CIDADE:                               |                     |              |       |
| CEP:                                  |                     |              |       |
| TELEFONE:                             |                     |              |       |
| E-MAIL:                               |                     |              |       |
|                                       |                     |              |       |
|                                       |                     |              |       |
|                                       |                     |              |       |
|                                       |                     |              |       |
|                                       | Sapucaia do Sul, d  | le           | de 20 |
|                                       |                     |              | -     |
|                                       |                     |              |       |
|                                       |                     |              |       |

Nome, Cargo e Assinatura do Representante