

 FORMULÁRIO PARA CADASTRO DE COORDENADORES

|  |
| --- |
|  |
| Título do Projeto:       |
| Nome do Coordenador:       |
| Nome do Substituto:       |

DADOS DO COORDENADOR

|  |
| --- |
| Nome:       |
| Fone Res.:       | Fone Com.:       | FAX:       |
| Celular:       | E-mail:       |
| End. Residencial:       |
| Bairro:       | Cidade:       | UF:    | CEP:       |
| End. Comercial:       |
| Bairro:       | Cidade:       | UF:    | CEP:       |
| Formação:       | Graduação:       | CPF:       |
| RG:       | Órgão emissor:       | Matrícula:       |
| Banco:       | Agência:       | Conta:       |

FICHA CADASTRAL

***Os dados abaixo só serão necessários no caso de haver outras pessoas a serem autorizadas para assinar solicitações de pagamento (compras, serviços ou ressarcimentos).***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome:       |  | Nome:       |
| Matrícula:       |  | Matrícula:       |
| CPF:       |  | CPF:       |
| RG:       |  | RG:       |
| End. Com.:       |  | End. Com.:       |
| Fone Com:       |  | Fone Com:       |
| Fone Res.:       |  | Fone Res.:       |
| Fax:       |  | Fax:       |
| Celular:      |  | Celular:       |
| E-mail:       |  | E-mail:       |

***Goiânia,*** ***de***  ***de***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***1.ª Pessoa Autorizada******Assinatura e Carimbo*** |  | ***2.ª Pessoa Autorizada******Assinatura e Carimbo*** |
| *Através deste, autorizo a(s) pessoa(s) acima mencionada(s) a assinar solicitações de pagamento referentes a compra de materiais, serviços prestados ou ressarcimento de despesas do projeto por mim coordenado.*  |
| **Coordenador*****Assinatura e Carimbo*** |  | **Diretor da Unidade*****Assinatura e Carimbo*** |