

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*** |