



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**MOZARLÂNDIA**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOZARLANDIA**

Comprovante de Tramitação de Processo

**Número do Processo**

**7119/2024**

WWW.MOZARLANDIA.GO.GOV.BR

Órgão de Origem  
Departamento de Origem  
Órgão de Destino  
Departamento de Destino  
Interessado  
Assunto  
Data/Hora do Processo  
Resp. Autuação  
Descrição Resumida  
Enviado por  
Data/Hora de Envio

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOZARLANDIA**  
**CASA DOS CONSELHOS MUNICIPAL**  
**F.M.A.S.**  
**SECRETARIA DE ASSISTENCIA SOCIAL**  
**MARIANA FIGUEREDO ALVES**  
**OFICIO**  
**12/04/2024 08:31**  
**ANGELICA CRISTINA LIMA SOUSA VALDIVINO**  
**SOLICITAÇÃO DE MEMBROS REPRESENTANTES PARA**  
**ANGELICA CRISTINA LIMA SOUSA VALDIVINO**  
**12/04/24 08:37**

*Angélica Cristina Lima Sousa Valdivino 12/04/24*

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO PROCESSO



<b>Número do Processo</b>	<b>7119/2024</b>	<a href="http://WWW.MOZARLANDIA.GO.GOV.BR">WWW.MOZARLANDIA.GO.GOV.BR</a>
Órgão de Origem	<b>PREFEITURA MUNICIPAL DE MOZARLÂNDIA</b>	
Departamento de Origem	<b>CASA DOS CONSELHOS MUNICIPAL</b>	
Interessado	<b>MARIANA FIGUEREDO ALVES</b>	
Assunto	<b>OFICIO</b>	
Data/Hora	<b>12/04/2024 08:31</b>	
Nr. Doc	<b>Ofício N°29-A/2024</b>	
Valor	<b>R\$ 0,00</b>	
Processo Agrupador		
Descrição	<b>SOLICITAÇÃO DE MEMBROS REPRESENTANTES PARA COMPOR O CMAS.</b>	

Resp. Autuação **ANGELICA CRISTINA LIMA SOUSA VALDIVINO**

Endereço **RUA WP**  
Complemento  
Bairro **RESIDENCIAL NOBRE**  
Cidade **MOZARLÂNDIA** Estado **GOIÁS**  
Telefones **(62) 8531-4983**

Nestes termos, pede deferimento

**MUNICÍPIO DE MOZARLÂNDIA - ESTADO DE GOIÁS** 12/04/2024 08:31

---

**MARIANA FIGUEREDO ALVES**



**Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS.  
Mozarlândia – Goiás.**

**OFÍCIO N°29-A/2024**

**Mozarlândia, 10 de abril de 2024**

**À Sr.<sup>a</sup> Tatiane Alves de Souza  
Secretária Municipal de Assistência Social**

A par de cumprimentá-la, por meio do presente Ofício, venho solicitar, 2 (dois) membros representantes da **SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**, para compor o Conselho Municipal de Assistência Social.

Sem mais para o momento, desde já agradeço.

Atenciosamente;

*Mariana Figueredo Alves*

---

**MARIANA FIGUEREDO ALVES  
PRESIDENTE DO CMAS**

**Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS.  
A efetivação do SUAS depende do empenho de cada um!**