



ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE MOZARLÂNDIA
F.U.N.D.E.B.
CAPA DO PROCESSO 5967/2025



224346

Número Processo: 5967/2025		Data /Hora: 04/09/2025 10:39:14	Id: 224346
Interessado: 84454 - CONSELHO TUTELAR DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE MOZARLANDIA		CPF/CNPJ:	
Endereço:			
Email:			
Cidade: MOZARLÂNDIA	Bairro:	Telefone:	
Solicitante: 52389 - F.U.N.D.E.B.		CPF/CNPJ: 27.050.259/0001-01	
Email: CONTATO@MOZARLANDIA.GO.GOV.BR		Telefone: (62) 3348-6333	
Assunto: DOCUMENTAÇÃO			
Data documento:	Valor: 0,00	Número do documento:	
Observação: SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA P CACS/ FUNDEB			

Usuário: murieli.costa

Local repartição: PROTOCOLO

Recabi em
10/09/25
a D. J. J. J.

OFÍCIO Nº024/2025

Mozarlândia, 04 de setembro de 2025

Ao Conselho Tutelar de Mozarlândia – GO

Assunto: Solicitação de Documentos para o CACS/FUNDEB

Prezados(as) Senhores(as),

O Conselho de Acompanhamento e Controle Social do (CACS/FUNDEB), solicita, gentilmente, a este Conselho Tutelar o envio dos seguintes documentos:

1. **Cópia do Regimento Interno** deste órgão;
2. **Composição atual** dos membros do Conselho Tutelar;
3. **Ata da última eleição** do Conselho Tutelar;
4. **Cópia de documento pessoal (RG e CPF)** das conselheiras **Rosimeire Bispo dos Santos** e **Ernestina Roberto Costa**, indicadas como representantes deste Conselho no CACS/FUNDEB;
5. **Preenchimento da ficha em anexo.**

Tais informações são imprescindíveis para garantir a legalidade e transparência na formação do referido conselho, conforme determinações legais vigentes.

Certos de sua atenção e colaboração, agradecemos antecipadamente e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,



José Amilton da Silva Braz

Presidente do CACS/FUNDEB
Mozarlândia – GO

FICHA DE CONSELHEIRO CACS-FUNDEB

TITULAR
Nome do Representante: Carteira de Identidade: CPF: Endereço completo: CEP: Fone: Email: Portador de Deficiência: () Sim () Não _____
SUPLENTE
Nome do Representante Titular: Carteira de Identidade: CPF: Endereço completo: CEP: Fone: Email: Portador de Deficiência: () Sim () Não _____