



ESTADO DE GOIÁS
MUNICÍPIO DE MOZARLÂNDIA
F.U.N.D.E.B.
CAPA DO PROCESSO 5966/2025



224345

Número Processo: 5966/2025		Data /Hora: 04/09/2025 10:35:22	Id: 224345
Interessado: 52389 - F.U.N.D.E.B.		CPF/CNPJ: 27.050.259/0001-01	
Endereço: SEM LOGRADOURO, SEM BAIRRO, CEP: 76.590-000			
Email: CONTATO@MOZARLANDIA.GO.GOV.BR			
Cidade: MOZARLÂNDIA	Bairro: SEM BAIRRO	Telefone: (62) 3348-6333	
Solicitante: 8063 - VANDERLAN INACIO DO PRADO		CPF/CNPJ: 081.583.471-34	
Email:		Telefone:	
Assunto: DOCUMENTAÇÃO			
Data documento:	Valor: 0,00	Número do documento:	
Observação: SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO PARA O CACS/ FUNDEB			

Usuário: murieli.costa

Local repartição: PROTOCOLO

Enviado também
via Whatsapp - @Rogério Norais
10/09/2025

OFÍCIO Nº025/2025

Mozarlândia, 04 de setembro de 2025

A Loja Maçônica Quintino Bocaiuva 77 de Mozarlândia – GO

M.: V.: **Vanderlan Inácio do Prado**

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)** dos conselheiros **Márcio Sátio Kakuda e Paulo Eustáquio da Costa**, indicadas como representantes deste Conselho no CACS/FUNDEB;
5. **Preenchimento da ficha em anexo**;
6. **Alteração do ofício em anexo (indicação para CACS/FUNDEB)**.

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 _____