

* As solicitações com campo sem preenchimento ou preenchimento ilegível não serão analisadas.

DADOS DE CADASTRO DO BENEFICIADO

R\$ _____

Razão Social / Nome: _____

Natureza da Instituição: _____

Representante Legal: _____

CPF ou CNPJ do Representante Legal: _____

Endereço: _____

Email: _____

Telefone: () _____

DOAÇÃO

Descreva a necessidade e prazo para pagamento/entrega da doação:

Descreva o motivo da solicitação:

Favor preencher as informações de: Data do Ofício; Quem demanda o ofício; Detalhes do Ofício;

Público beneficiado: _____

Data: _____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura: _____