



ESTADO DO PARÁ
MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO DA BOA VISTA
CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CMAS



Anexo III

DECLARAÇÃO DE RECONHECIMENTO DE EXISTÊNCIA E ATUAÇÃO -
Representantes de Usuários

(DECLARO, para os devidos fins, que o/a (nome do grupo, associação, movimento social, fórum, rede ou outras denominações de representação de usuário da política de assistência social), com sede (endereço), na cidade de São Sebastião da Boa Vista/Pa, exerce suas atividades de assistência social cumprindo regularmente as suas finalidades há pelo menos (1) ano, desde (data de início das atividades), sendo seus representantes legitimados, com fundamento nas definições da regimento de eleição do CMAS – São Sebastião da Boa Vista, e documentos constitutivos ou relatório de reunião, pelo período de mandato de/...../..... à/...../....., composto pelos seguintes membros:

Representante 1:

Nome completo:

N.º do RG:, Órgão expedidor:

CPF:

Endereço

Residencial:.....

Representante 2:

Nome

completo:.....

N.º do RG:, Órgão expedidor:

CPF:

Endereço

Residencial:.....



ESTADO DO PARÁ
MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO DA BOA VISTA
CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CMAS



Representante 3:

Nome

completo:.....

N.º do RG:, Órgão expedidor:

CPF:

Endereço Residencial:

.....

(identificação de quem assina e qualificação) Assinatura do (a) coordenador dos
serviços de assistência social do Município de Belém.