



PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA
CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE VOLTA REDONDA - RJ
Av. Paulo de Frontin, nº 457, sala 108, 1º andar, Aterrado Volta Redonda - RJ
CEP: 27.215-580 TEL: (024) 35113751-35113752
E-mail: cmdcavr91@gmail.com



ANEXO IV

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO/RENOVAÇÃO DE PROGRAMA E/OU PROJETO (ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL)

(Preencher todos os campos abaixo)

IDENTIFICAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL:

Nome:				Sigla:	
CNPJ:					
Endereço:					
Bairro:					
Cidade:				CEP:	
Ponto de referência:					
E-mail:			Site/Rede Social:		
Sede ou filial:	☐ Própria ☐ Alugada ☐ Cedida				
Regime de Atendimento (Baseado no Art. 90 do ECA):	☐ orientação e apoio sócio-familiar ☐ apoio sócio-educativo em meio aberto ☐ colocação familiar ☐ acolhimento institucional ☐ prestação de serviços à comunidade ☐ liberdade assistida ☐ semiliberdade ☐ internação				
Horário de funcionamento:					
Área de abrangência do programa/projeto:					

IDENTIFICAÇÃO DO DIRIGENTE:

Nome:				
Endereço:				
			Telefone:	
CPF:		Identidade:		
Data de posse da atual Diretoria:				
Período de vigência do mandato:				
Profissão:			Estado civil:	



PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA
CONSELHOMUNICIPALDOSDIREITOSDACRIANÇAEDO
ADOLESCENTE DE VOLTA REDONDA - RJ
Av.PaulodeFrontin,nº457,sala108,1ºandar,Aterrado Volta
Redonda - RJ
CEP:27.215-580TEL:(024) 35113751-35113752
E-mail: cmdcavr91@gmail.com

INFORMAÇÕES SOBRE O PROGRAMA OU PROJETO	
Nome do Programa ou Projeto:	
☐ Inscrição ☐ Renovação	
Área Principal de Atuação: ☐ Assistência Social; ☐ Saúde; ☐ Cultura; ☐ Esporte; ☐ Defesa de Direitos; ☐ Profissionalização (Iniciação/Formação); ☐ Outras:	
Período de execução (início/término):	
Coordenador(a):	
Área profissional:	Nº do Conselho de Classe (Se houver):
E-mail:	Telefone:

Volta Redonda, _____ de _____ de 202__.

Assinatura do Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA
CONSELHOMUNICIPALDOSDIREITOSDACRIANÇAEDO
ADOLESCENTE DE VOLTA REDONDA - RJ
Av.PaulodeFrontin,nº457,sala108,1ºandar,Aterrado Volta
Redonda - RJ
CEP:27.215-580TEL:(024) 35113751-35113752
E-mail: cmdcavr91@gmail.com

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO DE PROGRAMA E/OU PROJETO (ENTIDADE GOVERNAMENTAL)

(Preencher todos os campos abaixo)

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE GOVERNAMENTAL:

Nome:				Sigla:	
Endereço:					
Bairro:					
Cidade:				CEP:	
Ponto de referência:					
E-mail:			Site/Rede Social:		
Sede ou filial:	☐ Própria ☐ Alugada ☐ Cedida				
Regime de Atendimento (Baseado no Art. 90 do ECA):	☐ orientação e apoio sócio-familiar ☐ apoio sócio-educativo em meio aberto ☐ colocação familiar ☐ acolhimento institucional ☐ prestação de serviços à comunidade ☐ liberdade assistida ☐ semiliberdade ☐ internação				
Horário de funcionamento:					
Área de abrangência do programa/projeto:					

IDENTIFICAÇÃO DO DIRIGENTE:

Nome:				
Endereço:				
			Telefone:	
CPF:		Identidade:		
Data de nomeação:				
Profissão:			Estado civil:	



PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA
CONSELHOMUNICIPALDOSDIREITOSDACRIANÇAEDO
ADOLESCENTE DE VOLTA REDONDA - RJ
Av.PaulodeFrontin,nº457,sala108,1ºandar,Aterrado Volta
Redonda - RJ
CEP:27.215-580TEL:(024) 35113751-35113752
E-mail: cmdcavr91@gmail.com

INFORMAÇÕES SOBRE O PROGRAMA OU PROJETO	
Nome do Programa ou Projeto:	
☐ Inscrição ☐ Renovação	
Área Principal de Atuação: ☐ Assistência Social; ☐ Saúde; ☐ Cultura; ☐ Esporte; ☐ Defesa de Direitos; ☐ Profissionalização (Iniciação/Formação); ☐ Outras:	
Período de execução (início/término):	
Coordenador(a):	
Área profissional:	Nº do Conselho de Classe (Se houver):
E-mail:	Telefone:

Volta Redonda, _____ de _____ de 202__.

Assinatura do Responsável