PREFEITURA MUNICIPAL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO

PRESTAÇÃO DE CONTAS - 2012

FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – FMAS

RESOLUÇÃO TCE Nº 003/2013

ANEXO I - D

ITEM 36

- **NOME COMPLETO DO CONTADOR RESPONSÁVEL PELAS DEMONSTRAÇÕES CONTABÉIS, INSCRIÇÃO NO CRC, Nº DO CPF, TIPO DE VÍNCULO COM A ADMINISTRAÇÃO (AFETIVO, COMISSIONADO OU CONTRATADO) ESTADO CIVIL E ENDEREÇO RESIDENCIAL ATUALIZADO.**

FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL DO CABO DE SANTO AGOSTINHO
Estado de Pernambuco

PRESTAÇÃO DE CONTAS DO FMAS DE 2012

ITEM 36

INFORMAÇÕES GERAIS DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTADOR
(Anexo I-D da Resolução TC 03/2013)

IDENTIFICAÇÃO DO CONTADOR

1. Nome	**FÁBIO ANDRÉ SARINHO DE SOUSA**
2. Endereço	Rua: **Alzira Vidal de Oliveira** N.º: **79** Bairro: **Petrópolis** Cidade: **Caruaru** CEP: **PE**
3. RG	Identidade RG nº. 5627852 Órgão Expedidor: SSP/PE E-mail: sarinhodesousa@hotmail.com
4. CPF	**CPF nº 035.982.294-02**
5. CRC	**CRC-PE nº 018374/O-0**
6. Estado Civil	**Casado**
7. Vinculo com a Prefeitura	**Efetivo ( ) Comissionado ( ) Contratado (X)**