**RECADASTRAMENTO DE ENTIDADE CONSIGNATÁRIA**

**REPRESENTANTE DA EMPRESA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME  |  | CPF |
| ENDEREÇO  | BAIRRO | CEP |
| TELEFONE | CELULAR | E-MAIL |

**DADOS DA ENTIDADE**

|  |
| --- |
| RAZÃO SOCIAL   |
| NOME FANTASIA |
| SIGLA | CNPJ |
| ENDEREÇO | COMPLEMENTO |
| BAIRRO | CEP | MUNICÍPIO | UF |
| TELEFONE | TELEFONE | E-MAIL |

**COMPONENTES DA EMPRESA**

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | CPF |
| NOME | CPF |
| NOME | CPF |

**SOLICITAÇÃO DE RECADASTRAMENTO**

|  |
| --- |
| Solicitamos o recadastramento da Entidade acima como Entidade Consignatária junto ao Estado do Amazonas, para o fornecimento do(s) Produto(s)/Serviço(s): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRODUTO** | **BANCO** | **AGÊNCIA** | **CONTA** |
| Empréstimo |  |  |  |
| Cartão de crédito |  |  |  |
| Cartão Benefício |  |  |  |
| Plano de Saúde / odontológico |  |  |  |
| Habitação |  |  |  |
| Seguro de Vida / Previdência |  |  |  |
| Contribuição - Entidade de Classe |  |  |  |

|  |
| --- |
| ASSINATURA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DIRETOR REPRESENTANTE |

**SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO - SEAD**

|  |
| --- |
| ANALISADO POR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL |

**OBSERVAÇÃO: AS ASSINATURAS DEVEM SER REALIZADAS POR MEIO DE E-CPF (CERTIFICADO DIGITAL) OU ASSINATURA DIGITAL GOV.BR.**