



**PROGRAMA DE APADRINHAMENTO ESTREITANDO LAÇOS
MODALIDADE: APADRINHAMENTO PRESTADOR DE SERVIÇOS
(PESSOA JURÍDICA)**

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO NO PROGRAMA
(EM LETRA DE FORMA)**

**EXMA. SRA. JUIZA COORDENADORA DAS VARAS DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE DA
COMARCA DE FORTALEZA-CE**

DADOS PESSOAIS DO PADRINHO/MADRINHA (*) Campos Obrigatórios

*Empresa: _____ *CNPJ: _____

*Endereço: _____

*Bairro: _____ *CEP: _____

*Cidade: _____ *UF: ____ *Tel 1: : _____ Tel 2: _____

E-mail: _____

*Nome do Responsável da Empresa pelo Apadrinhamento: _____

*Nº RG: _____ * CPF Nº: _____

Tipo de doação: _____

Periodicidade: _____

Fortaleza, _____ de _____ de _____

(Assinatura do Responsável da Empresa pelo Apadrinhamento)

Servidor Responsável: _____