INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES MILITARES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Rua Paraíba, 576 – Funcionários – Fone: 3269-2112 – C. Postal 704 – CEP 30.130-140 – Belo Horizonte/MG – e-mail: ipsm@ipsm.mg.gov.br

ANEXO V – CADASTRO PORTAL DE COMPRAS - IDENTIFICAÇÃO E INFORMAÇÕES GERAIS			
Observações: 1 - Todos os campos são de preenchimento obrigatório. 2 - Preencher os campos com letra legível ou digitar. 3 - As informações devem estar atualizadas nos órgãos competentes.			
Razão Social:		**CNPJ/MF:**	
Telefone Geral:		**Telefone Comercial:**	
E-MAIL:		**CNAE:**	
Endereço Comercial:		**nº**	**Bairro:**
Cidade:		**CEP:**	
DADO(S) DO(S) INTEGRANTE(S) DO QUADRO SOCIETÁRIO			
NOME COMPLETO:			
CPF/MF:	Nº Identidade:	Data da expedição:	Órgão emissor/UF:
Cargo/Função:	Telefone:		
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
Avenida/Rua:		Bairro:	
Telefone Residencial:		Celular:	
E-mail:			
NOME COMPLETO:			
CPF/MF:	Nº Identidade:	Data da expedição:	Órgão emissor/UF:
Cargo/Função:	Telefone:		
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
Avenida/Rua:		Bairro:	
Telefone Residencial:		Celular:	
E-mail:			
NOME COMPLETO:			
CPF/MF:	Nº Identidade:	Data da expedição:	Órgão emissor/UF:
Cargo/Função:	Telefone:		
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
Avenida/Rua:		Bairro:	
Telefone Residencial:		Celular:	
E-mail:			
NOME COMPLETO:			
CPF/MF:	Nº Identidade:	Data da expedição:	Órgão emissor/UF:
Cargo/Função:	Telefone:		
ENDEREÇO RESIDENCIAL			
Avenida/Rua:		Bairro:	
Telefone Residencial:		Celular:	
E-mail:			
TERMO DE COMPROMISSO Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas que poderão ser verificadas a qualquer tempo.			
Assinatura do Responsável legal:			
Local:		**Data: _____ /____ /_____**	