

**DADOS DO CAE****Endereço** RUA CARLOS GIANNELI**Complement** TÉRREO**Númer** 0**Bairro** BOAÇU**Município** SAO GONCALO**UF:** RJ**Tipo:** municipal**CEP:** 24465000**Caixa Postal:****E-mail:** cons.alimentacao.semed@pmsg.rj.**Telefone:** (21) 21996500**Fax:** (21) 21996500**Data do Cadastro:** 25/05/2001**DADOS DO MANDATO****Situação** VÁLIDO**Data**

15/07/2021

**Data****ATO DE CRIAÇÃO****Tipo de Amparo****Número****Data de Assinatura****Data de Publicação**

LEI MUNICIPAL

141

04/08/2000

04/08/2000

**DADOS DOS MEMBROS**

	NOME	CARGO	CATEGORIA	DATA INÍCIO
T	ANA CLAUDIA DE OLIVEIRA			
S	LUANA RASSAN FREITAS DIAS BATISTA	MEMBRO	PAIS DE ALUNOS	15/07/2021
T	ANTONIO CAETANO DOS SANTOS			
S	MARCIA DIAS PINNA OMENA	PRESIDENTE(A)	EDUCAÇÃO DOCENTE	15/07/2021
T	BEATRIZ CAMPOS DOS SANTOS			
S	JOSIANE DE MATTOS PEIXOTO ANTONIO DA SILVA	MEMBRO	EDUCAÇÃO DOCENTE	15/07/2021
T	ISABELLE CRISTINA FREITAS DOS SANTOS			
S	ROBERTA PORTO ARAUJO DA COSTA	MEMBRO	EXECUTIVO	15/07/2021
T	JOAO BATISTA DE MIRANDA			
S	LUCINEIA PIRES BASTOS DA TRINDADE	VICE-PRESIDENTE(A)	SOCIEDADE CIVIL	15/07/2021
T	SILVIA MARIA TELLES NETTO			
S	FATIMA REGINA TELLES NETTO	MEMBRO	SOCIEDADE CIVIL	15/07/2021
T	SILVIA REGINA EVANGELISTA			
S	ADRIANA ROSA DO NASCIMENTO	MEMBRO	PAIS DE ALUNOS	15/07/2021

Legenda: T - Titular, S - Suplente