



Município de Caçapava

Estado de São Paulo

CADASTRO SIMPLES DE FORNECEDOR

RAZÃO SOCIAL	
NOME FANTASIA:	
CNPJ	INSC. ESTADUAL:
ENDEREÇO	Nº
CIDADE:	ESTADO:
BAIRRO:	CEP:
TELEFONE:	:
E-MAIL	
CONTATO:	
NOME DO BANCO:	AGENCIA:
CONTA CORRENTE:	
RAMO DE ATIVIDADE:	
IDENTIFICAÇÃO DOS PROPRIETÁRIOS/SÓCIOS (NOME E CPF)	
DECLARO SOB AS PENAS DA LEI QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA SÃO VERDADEIRAS	
NOME:	CPF:
ASS.	DATA:

TEL: (12) 3654-6612 e 3654-6617

e-mail: cadastro@cacapava.sp.gov.br