



# CÂMARA MUNICIPAL DE AMPARO

Praça Tenente José Ferraz de Oliveira, 179 Centro

13.900-029 AMPARO - SP

Telefax (19) 3807-2466 / 3807-2143

[www.camaraamparo.sp.gov.br](http://www.camaraamparo.sp.gov.br)

[secretaria@camaraamparo.sp.gov.br](mailto:secretaria@camaraamparo.sp.gov.br)

## CERTIDÃO

**Certifico**, em atendimento à Requisição de Documentos nº 103/2020 RPTM (TC-003265.989.20-2), que, no período de 01 de maio de 2020 a 31 de agosto de 2020, exerceu o cargo de Prefeito do Município de Amparo:

Nome: **Luiz Oscar Vitale Jacob**

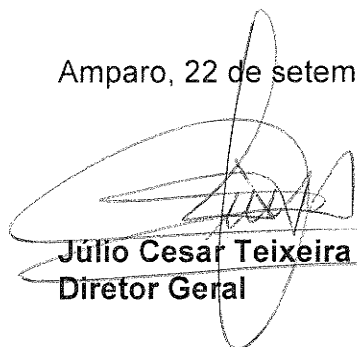
Data de nascimento: **30/08/1964**

RG nº **16.803.138 SSP/SP**

CPF nº **079.569.958-17**


**Não houve substituição.**

Amparo, 22 de setembro de 2020.



**Júlio Cesar Teixeira Roque**  
Diretor Geral

Visto. Data supra.



**Ver. Esequiel Pereira dos Santos**  
Presidente



MENU



### Cadastro de Pessoa >> Alterar

#### - Dados Básicos

**CPF:** 079.569.958-17

**Nome:** LUIZ OSCAR VITALE JACOB

**Sexo:** Masculino

**Data Nascimento:** 30/08/1964

**Nacionalidade:** BRASILEIRO

**Grau de Instrução:** Ensino Superior Completo

#### - E-mail



	E-mail	Tipo Email
<input type="checkbox"/>	<a href="mailto:gabinete@amparo.sp.gov.br">gabinete@amparo.sp.gov.br</a>	PROFISSIONAL

#### - Telefone



	Tipo	DDD	Telefone	Complemento
<input type="checkbox"/>	COMERCIAL	19	3817-9230	

#### - Endereço



	Tipo	UF	Município	CEP	Tipo de Logradouro	Logradouro	Nº	Complemento	Bairro	Endereço Corresp.
<input type="checkbox"/>	RESIDENCIAL	São Paulo	Amparo	13903-133	RUA	ANTONIO MOREIRA DA SILVA	28		JD. SILVANA	Sim

**- Identificação****Incluir****Excluir**

	<b>Tipo do Documento</b>	<b>Número do Documento</b>
<input type="checkbox"/>	<b>RG</b>	168031383



MENU

**Cadastro de Relacionamento >> Alterar**

**Entidade:** PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO  
**Classificação:** Responsável  
**Cargo / Função:** PREFEITO  
**CPF:** 079.569.958-17  
**Nome:** LUIZ OSCAR VITALE JACOB

**Dados do Relacionamento da Pessoa com a Entidade**

**Nomenclatura Oficial:**   
**Pronome de Tratamento:\*** Senhor  
**Ato:**   
**Data de Início do Exercício:\*** 01/01/2017 (dd/mm/aaaa)  
**Data de Início do Mandato:** 01/01/2017 (dd/mm/aaaa)  
**Tipo de Exercício:\*** PERMANENTE  
**Data de Término do Exercício:** 31/12/2020 (dd/mm/aaaa)  
**Data de Término do Mandato:** 31/12/2020 (dd/mm/aaaa)

Gravar

Voltar