EDITAL DE CREDENCIAMENTO SENAR n.º 01/2025 PROGRAMA SAÚDE NO CAMPO

**ANEXO II**

|  |
| --- |
| **DADOS CADASTRAIS DA PESSOA JURÍDICA** |
| Razão Social: |
| Nome Fantasia: |
| CNPJ: | Optante do Simples: ( ) SIM ( ) NÃO |
| Endereço: |
| Cidade: | UF: | CEP: |
| E-mail: |
| Telefone fixo: | Telefone celular: |
| CNAE: |
| **DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL** |
| Nome: |
| RG: | CPF: |
| Cargo: | E-mail: |
| Telefone fixo: | Telefone celular: |
| **EQUIPE TÉCNICA****(tantos quantos a pessoa jurídica desejar indicar)** |
| Deseja credenciar: ( )técnico(s) ( )supervisor (es) |
| Unidade da Federação em que pretende prestar os serviços: |
| Nome: |
| RG: | CPF: |
| Tipo de vínculo jurídico com a pessoa jurídica: ( ) sócio ( ) empregado ( ) cooperado |
| Data de Nascimento: | Telefone Celular: |
| E-mail: |
| **FORMAÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA** |

|  |
| --- |
| Escolaridade: |
| Curso: | Carga horária: |
| Nome da instituição de ensino: |
| Registro no Conselho Profissional: |
| **Cursos de aperfeiçoamento relacionados com a área de conhecimento** |
| 1- Curso: |
| Instituição de ensino: |
| Ano de conclusão: | Carga horária: |
| 2- Curso: |
| Instituição de ensino: |
| Ano de conclusão: | Carga horária: |
| **Informações Complementares** |
|  |