

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** | | |
|  | | |