

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO SENAR n.º 002/2025
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