

**ANEXO II – DADOS CADASTRAIS E RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**DADOS CADASTRAIS E RELATO DE EXPERIÊNCIA**

<b>DADOS CADASTRAIS DE PESSOA JURÍDICA</b>			
Razão Social:		Optante Simples: ( ) Sim ( ) Não	
Nome Fantasia:		CNPJ/MF:	
Inscrição Estadual:		Inscrição Municipal:	
Descrição do objeto social:			
Endereço:			
Complemento:		Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	
E-mail:	Telefone: ( )	Fax: ( )	Celular: ( )
Representante legal:		CPF/MF:	
RG:		Órgão Expedidor:	

***RELATO DE EXPERIÊNCIA DA PESSOA JURÍDICA***

Os relatos informados deverão ter relação com a(s) área(s) do conhecimento nas quais a pessoa jurídica se inscreve.

**[PARA CADA EXPERIÊNCIA RELATADA, DEVERÁ SER APRESENTADO UM ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA OU UMA DECLARAÇÃO FORNECIDA PELO CLIENTE, CONFORME O SUBITEM 4.10.3, “e”, DO EDITAL]**

Áreas de conhecimento: \_\_\_\_\_

Natureza do serviço: instrutoria. Área: \_\_\_\_\_

Subárea: \_\_\_\_\_

Especialidade: \_\_\_\_\_

Empresa onde realizou a atividade: (nome)	
Caracterização da empresa (setor de atividade econômica, número de empregados e outras)	
Período de desenvolvimento do trabalho:	Carga horária:
Descrição sucinta dos trabalhos realizados na área de conhecimento escolhida:	
Instrutoria (título, ações desenvolvidas, conteúdo, público-alvo e resultados alcançados,):	

<b>DADOS PESSOAIS DO(S) PROFISSIONAL(IS) INDICADO(S) PARA CERTIFICAÇÃO</b>			
Nome:		Data de Nascimento:	
Tipo de vínculo (sócio, empregado ou prestador de serviço)			
RG:	Órgão Emissor:	CPF/MF:	Sexo:
Estado Civil:	Profissão:	Nº. no Conselho Regional:	
E-mail:	Fone:	Fax:	Celular:
Endereço:			
Complemento:		Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	
PIS/PASEP:			
Valor hora:		Informações adicionais:	
Banco:	Ag.	Conta:	

<b>FORMAÇÃO PROFISSIONAL</b>		
Tipo de formação:  <input type="checkbox"/> Aperfeiçoamento Profissional <input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> MBA <input type="checkbox"/> Pós graduação – doutorado <input type="checkbox"/> Pós graduação – mestrado <input type="checkbox"/> Pós graduação – especialização <input type="checkbox"/> Primeiro grau <input type="checkbox"/> Profissionalizante – técnico <input type="checkbox"/> Segundo grau <input type="checkbox"/> Sem informação		
Curso:	Carga horária:	
Entidade:	Situação: <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> Em conclusão <input type="checkbox"/> Incompleto <input type="checkbox"/> Iniciando	
Ano de conclusão:	Observações:	Comprovante:
<b>ÁREA DE ATUAÇÃO</b>		
Lina de Atuação:	Área de Atuação:	Tempo de Atuação:
<b>EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL</b>		
Empresa:	Treinamento Ministrado:	Carga Horária:
Data de inicio:	Data de Fim:	Setor:

Tipo:  <input type="checkbox"/> Curso <input type="checkbox"/> Palestra	Comprovante:	
Contato:	Nome:	Telefone:
Ramal:	Celular:	Email:

Requeiro o cadastramento da empresa acima identificada, declarando ter conhecimento do inteiro teor dos termos do edital \_\_\_\_ e da Resolução \_\_\_\_ que regulamentam este credenciamento, bem como das demais normas do Sescoop aplicáveis.

Maceió, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

---