**ANEXO II**

**MODELO DE FORMULÁRIO DE DADOS CADASTRAIS E RELATO DE EXPERIÊNCIA DE PESSOA JURÍDICA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DADOS CADASTRAIS DE PESSOA JURÍDICA** | | | |
| 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: ( ) | | Celular: ( ) |
| Representante legal: | | CPF/MF: | |
| RG: | | Órgão Expedidor: | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DADOS PESSOAIS DO(S) PROFISSIONAL(IS) INDICADO(S) PARA CERTIFICAÇÃO** | | | | | | | | | | | | |
| Nome: | | | | | | | | Data de Nascimento: | | | | |
| Tipo de vínculo (sócio, empregado ou prestador de serviço): | | | | | | | | | | | | |
| RG: | | | Órgão Emissor: | | | | CPF/MF: | | | | Sexo: | |
| Profissão: | | | | | | | | | Nº. no Conselho Regional: | | | |
| *E-mail*: | | | Fone: | | | | Celular: | | | | | |
| Endereço: | | | | | | | | | | | | |
| Complemento: | | | | | | | Bairro: | | | | | |
| Cidade: | | UF: | | | | | CEP: | | | | | |
| **FORMAÇÃO PROFISSIONAL** | | | | | | | | | | |
| Tipo de formação: ( ) Aperfeiçoamento Profissional ( ) Graduação ( ) MBA ( ) Pós graduação  – doutorado ( ) Pós graduação – mestrado ( ) Pós graduação – especialização ( ) Primeiro grau ( ) Profissionalizante – técnico ( ) Segundo grau ( ) Sem informação | | | | | | | | | | |
| Curso: | | | | | Carga horária: | | | | | |
| Entidade: | | | | Situação:  ( ) Completo ( ) Em conclusão ( ) Incompleto ( ) Iniciando | | | | | | |
| Ano de conclusão: | | | Observações: | | | | | | | |
| **ÁREA DE ATUAÇÃO** | | | | | | | | | | |
| Area: | | | Sub Area: | | | | | | Tempo de Atuação: | |
| **EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL** | | | | | | | | | | |
| Empresa: | | | Treinamento Ministrado: | | | | | | Carga Horária: | |
| Data de início: | | | Data de Fim: | | | | | | Setor: | |
| Tipo:  ( ) Curso ( ) Palestra | | | Comprovante: Enviar atestado de capacidade técnica | | | | | | | |
| Nome do Responsável pela Atividade: | | | | | | | | | Telefone: | |
| Ramal: | | | Celular: | | | | | | Email: | |