

**SESCOOP | PB**Serviço Nacional de Aprendizagem do
Cooperativismo no Estado da Paraíba**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:	

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

Áreas de conhecimento: _____

Subárea: _____



SESCOOP | PB

Serviço Nacional de Aprendizagem do
Cooperativismo no Estado da Paraíba

Empresa onde realizou a atividade: (nome)

Caracterização da empresa (setor de atividade econômica)

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,):



**SESCOOP | PB**Serviço Nacional de Aprendizagem do
Cooperativismo no Estado da Paraíba

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:
Estado Civil:	Profissão:	Nº. no Conselho Regional:	
E-mail:		Tel:	Celular:
Endereço:			
Complemento:		Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	
PIS/PASEP:			
Valor hora:		Informações adicionais:	
Banco:	Ag.	Conta:	



**SESCOOP | PB**Serviço Nacional de Aprendizagem do
Cooperativismo no Estado da Paraíba

FORMAÇÃO PROFISSIONAL		
Tipo de formação: () Aperfeiçoamento Profissional () Graduação () MBA () Pós graduação – doutorado () Pós graduação – mestrado () Pós graduação – especialização () Profissionalizante – técnico () Segundo grau		
Curso:		Carga horária:
Entidade:	Situação: () Completo () Em conclusão () Incompleto () Iniciando	
Ano de conclusão:	Observações:	Comprovante:
ÁREA DE ATUAÇÃO		
Área de Atuação:		Tempo de Atuação:
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL		
Empresa:	Treinamento Ministrado:	Carga Horária:
Data de início:	Data de Fim:	Setor:
Tipo: () Curso () Palestra	Comprovante:	
Contato:	Nome:	Telefone:
Ramal:	Celular:	Email:



SESCOOP | PB

Serviço Nacional de Aprendizagem do
Cooperativismo no Estado da Paraíba

Av. Coremas, nº498 – Centro, CEP 58013-430
João Pessoa – PB – Tel. (83) 3222.3660 / 3222.6268

www.paraibacooperativo.coop.br

