

**PROJETO DE CAPACITAÇÃO EMPRESARIAL  
PARA OS MICRO E PEQUENOS EMPRESÁRIOS**

Nome da Atividade: \_\_\_\_\_

**DADOS DO PARTICIPANTE**

Nome \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_ Identidade \_\_\_\_\_ Órgão de Exp. \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Fone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**DADOS DA EMPRESA / ENTIDADE**

Empresa ou Entidade (Razão Social) \_\_\_\_\_

Nome Fantasia \_\_\_\_\_

CNPJ \_\_\_\_\_ Inscrição Estadual \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Fone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Setor  Agropecuária  Indústria  Comércio  Serviço

Porte da Empresa  Micro  Pequena  Média  Grande

Área de Atuação da Empresa  Capital  RMR  Interior  Interestadual  Internacional

Nº de Func. \_\_\_\_\_ Data Abertura \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ramo de Atividade \_\_\_\_\_

Cargo / Função do Participante deste Evento \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

**Após o preenchimento, favor encaminhar este formulário para o endereço abaixo via e-mail ou FAX.**