

IDENTIFICAÇÃO (PARA PREENCHIMENTO DO DR)

NOME DO DR	UF
------------	----

DADOS GERAIS DO PARCEIRO

NOME DO PARCEIRO	
------------------	--

CNPJ	DATA DO CADASTRO	
------	------------------	--

TIPO DE PARCERIA		
<input type="checkbox"/> EMPRESAS INDUSTRIAIS <input type="checkbox"/> UNIÃO <input type="checkbox"/> ESTADO <input type="checkbox"/> MUNICÍPIOS	<input type="checkbox"/> ONG'S <input type="checkbox"/> ORG. INTERNACIONAIS <input type="checkbox"/> INSTITUIÇÕES RELIGIOSAS <input type="checkbox"/> ENTIDADES COMUNITÁRIAS	<input type="checkbox"/> EMPRESAS <input type="checkbox"/> SENAI/IEL <input type="checkbox"/> SINDICATOS / ASSOCIAÇÕES

TIPO DE CONTRIBUIÇÃO	
<input type="checkbox"/> DOAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS <input type="checkbox"/> EQUIPAMENTO DE INFRA-ESTRUTURA <input type="checkbox"/> DIVULGAÇÃO DO PROGRAMA	<input type="checkbox"/> DOAÇÃO DE ALIMENTOS <input type="checkbox"/> OUTROS

JÁ FOI PARCEIRO DO SESI EM OUTROS PROGRAMAS/EVENTOS SEMELHANTES?
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO QUAL? _____

ENDEREÇO (RUA, AV., Nº, COMPLEMENTO)

BAIRRO/DISTRITO	MUNICÍPIO	UF
-----------------	-----------	----

CEP	TELEFONE 1	TELEFONE 2	EMAIL
-----	------------	------------	-------

NOME P/ CONTATO
