



FORMULÁRIO DE CREDENCIAMENTO

E-mail: showsafraamt@fundacaorioverde.com.br

DADOS DA EMPRESA PRESTADORA (MONTADORA):

Razão Social:
Nome Fantasia:
CNPJ:
Inscrição Estadual:
Endereço:
Telefone:
E-mail:
Nome do Responsável:
Telefone do Responsável:
E-mail do Responsável:

DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE (EXPOSITORA):

Razão Social:
Nome Fantasia:
Telefone:
E-mail:
Nome do Responsável:
Serviço Contratado:
Data de Início:
Data de Término:
Pessoal Autorizado (Nome + CPF):

Data: ___/___/2025

Assinatura