|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RAZÃO SOCIAL:** | | | | | | |
| **NOME FANTASIA:** | | | | | | |
| **CNPJ:** | **INSCRIÇÃO ESTADUAL:** | | | | **INSCRIÇÃO MUNICIPAL:** | |
| **ENDEREÇO:** | | | | | | |
| **BAIRRO:** | **CIDADE:** | | | | **UF:** | **CEP:** |
| **TELEFONE (COM DDD):** | **SITE:** | | | | **E-MAIL:** | |
| **NOME DO RESPONSÁVEL PELA PARCERIA:** | **TELEFONE DE CONTATO:** | | | | **E-MAIL:** | |
| **ASSINALE O CAMPO DE ATUAÇÃO DA SUA EMPRESA** | | | | | | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
| Extensivo aos dependentes? |  |  | | | | |
| **PRODUTOS/SERVIÇOS** | | | | **DESCONTOS OFERECIDOS** | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
| **DATA:** | | | **ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DA EMPRESA:** | | | |

Atenção: Não serão feitas parcerias que ofereçam os benefícios da RN CRA-ES Nº 005/2012, a saber:

I - Instituições de Ensino Superior que oferecem cursos de Extensão, Aperfeiçoamento ou Especialização (Pós-graduação).

II – Administradoras de Plano de Saúde que ofereçam planos coletivos por adesão tendo o CRA-ES como interveniente.

III – Instituidores de Previdência Associativa tendo o CRA-ES como Instituidor.