

Anexo II – Cadastro de Operadores

Nome da Instituição: _____

Nome do Operador: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____

Cargo: Diretor () Gerente () Operador () Outros _____

Área de Atuação: _____

Autônomo: Sim () Não () Tel: _____

E-mail: _____

Nome do Diretor Responsável

Data ____/____/____

_____ Diretor Responsável