**ANEXO I**

**FORMULÁRIO DE PRÉ-CADASTRAMENTO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE INSTRUTORIA, PALESTRAS E ATIVIDADES AFINS, JUNTO AO SESCOOP/MG**

Solicito ao Sescoop/MG, avaliar as informações abaixo, visando cadastrar a pessoa jurídica / Profissional Autônomo especificado, para fins de contratações futuras para **prestação de serviços de instrutoria para os Programas “Aprimoramento de Processos de Gestão de Cooperativas – APRIMORACOOP” e “Formação de Agentes de Desenvolvimento de Cooperativas para a Organização do Quadro Social das Cooperativas Mineiras – EDUCA OQS”**, sob demanda do Sescoop/MG para atendimento às cooperativas mineiras adimplentes com o Sistema Ocemg, nos termos da **Diretriz de Cadastramento dos Serviços de Instrutoria do Sescoop**, da **Portaria 001/2018** do Sescoop/MG ou vigentee de outros normativos vigentes, que disciplinem a matéria.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * + - 1. **Dados da Pessoa Jurídica** | | | | | |
| Razão Social: | | | | | |
| Nome Fantasia ou Sigla: | | | Optante Simples: ( ) Sim ( ) Não | | |
| CNPJ/MF: | | | Registro Ocemg[[1]](#footnote-1): | | |
| Insc. Estadual | | | Insc. Municipal | | |
| Descrição do objeto social: | | | | | |
| Endereço: | | | | | |
| Complemento: | | | Bairro: | | |
| Cidade: | | UF: | CEP: | | |
| Tel. Fixo ( ) | | | Celular: ( ) | | |
| E-mail: | | | | | |
| Representante Legal: | | | | | |
| CPF: | RG: | | Órgão Expedidor: | | |
| * + - 1. **Relato da Experiência da Pessoa Jurídica[[2]](#footnote-2)** | | | | | |
| Natureza do serviço:  Instrutoria ( ) Consultoria ( ) Outro ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Empresa onde realizou a atividade: | | | | | |
| Setor de atividade da empresa cliente | | | | | |
| Descrição sucinta dos trabalhos realizados na empresa citada: | | | | | |
| Instrutoria (título, ações desenvolvidas, conteúdo, perfil do público e resultados alcançados) | | | | | |
| * + - 1. **Mínimo de 3 referências de clientes (EXCETO Sistema OCEMG)** | | | | | |
| Nome da empresa ou cooperativa:  Pessoa de contato:  Telefone de contato: E-mail: | | | | | |
| * + - 1. **Dados do(s) Profissionais Prestador(es) de Serviço Vinculado(s) à Pessoa Jurídica[[3]](#footnote-3)** | | | | | |
| Nome: | | | | Data de Nascimento: | |
| Tipo de vínculo:  Sócio ( ) Cooperado ( ) Empregado ( ) Prestador de Serviço ( ) Profissional Autônomo ( ) Outro ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| CPF: | RG: | | | Órgão Emissor | |
| Profissão: | | | | Nº Reg. Profissional | |
| PIS/PASEP/INSS: | | | |  | |
| Endereço: | | | | Nº | |
| Complemento: | | | | Bairro: | |
| Cidade: | | | | Estado: | |
| CEP: | | | | | |
| Tel. Fixo: ( ) | Cel. ( ) | | | Outro contato: | |
| E-mail: | | | | | |
| Formação: | | | | | |
| Graduação: | | | | | Conclusão: |
| Especialização: | | | | | Conclusão: |
| Mestrado: | | | | | Conclusão: |
| Doutorado: | | | | | Conclusão: |
| Pós-doutorado: | | | | | Conclusão: |
| Experiências Profissionais: | | | | | |
| ( ) Instrutoria Empresarial ( ) Docência Acadêmica ( ) Consultoria  ( ) Outro (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| Área(s) de Conhecimento e de Atuação[[4]](#footnote-4) | | | | | |
| Temática: | | | | | |
| Macroprocesso: | | | | | |
| Processo: | | | | | |
| Tempo de atuação | | | | | |
| Descrição sucinta das atividades correlatas realizadas:  (Título, ações desenvolvidas, conteúdo, perfil do público e resultados alcançados) | | | | | |

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO**

A empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DECLARA sob as penas da lei que:

**1 – Declaração de Inexistência de Vínculo de Exclusividade**

* Eu, (nome completo), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), inscrito no CPF/MF sob o nº, e portador da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expedida pela(o) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) no endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (cidade), (UF), DECLARO, que não exerço cargo, função ou emprego público ou privado que tenha natureza ou exija exclusividade no exercício da atividade. Após essa data, caso venha a exercer qualquer atividade de natureza exclusiva, pública ou privada, comprometo-me a comunicar o fato imediatamente ao Sescoop/MG.

**(CASO A EMPRESA POSSUA MAIS DE 01 PROFISSIONAL, FAVOR PREENCHER COM OS DADOS DOS DEMAIS PRESTADORES DE SERVIÇOS*)***

**2 – Declaração de Inexistência de Mão-de-obra de Menores**

* Em atendimento ao disposto no inciso XXXIII do artigo 7º da Constituição Federal de 1988, declaramos que não empregamos menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menores de 16 (dezesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

3 – **Declaração de Conhecimento dos Termos de Contratação**

* A aprovação deste requerimento de cadastro, não obriga o Sescoop/MG a contratar os serviços oferecidos por esta pessoa jurídica ou profissional autônomo;
* Todos os profissionais elencados pela pessoa jurídica ou o profissional autônomo que tenham o requerimento de cadastro deferido, deverão passar pelo curso de Cooperativismo, realizado na Sede do Sistema Ocemg;
* Todos os profissionais elencados pela pessoa jurídica ou o profissional autônomo que tenham o requerimento de cadastro deferido, deverão ministrar uma miniaula, conforme sua área de atuação descrita no cadastro, a título de confirmação da sua capacidade técnica para realizar a atividade a ele (a) direcionada, junto ao público do Sescoop/MG;
* Inexiste qualquer vínculo trabalhista, nos temos da CLT, entre qualquer pessoa física prestadora de serviço, inclusive profissionais autônomos, e o Sescoop/MG;
* A pessoa física vinculada a uma pessoa jurídica somente poderá prestar serviços enquanto perdurar esse vínculo;
* O Sescoop/MG poderá descadastrar a empresa ou um dos seus profissionais ou, ainda, um profissional autônomo que:
* Obtiver avaliação negativa pelos participantes de cursos ou atividades correlatas;
* Não mantiver os dados cadastrais atualizados;
* Não atender às cláusulas contratuais;
* Cuja área de conhecimento deixar de ser de interesse do Sescoop/MG;
* Os serviços contratados poderão ser cancelados, independentemente do tempo de aviso, caso a realização das atividades não se viabilize, por quórum insuficiente ou por cancelamento da demanda por parte da(s) cooperativa(s) demandante(s), sem prejuízo para o Sescoop/MG;
* Meus dados cadastrais poderão ser disponibilizados para outras instituições parcerias do Sescoop/MG, objetivando ampliar as oportunidades para prestação de serviços.

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pela declaração ora prestada, sob as penas da lei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do representante legal da empresa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e assinatura do profissional vinculado à empresa

(caso seja o representante legal, favor excluir este campo)

1. Somente para cooperativas registradas no Sistema Ocemg**.** [↑](#footnote-ref-1)
2. Devem ter relação com a(s) área(s) do conhecimento nas quais a pessoa jurídica se inscreve. Para cada experiência relatada, deverá ser apresentado um atestado de capacidade técnica ou declaração fornecida pelo cliente, em papel timbrado ou com carimbo de CNPJ do mesmo. [↑](#footnote-ref-2)
3. Para cada profissional indicado, deverá ser apresentada uma ficha. [↑](#footnote-ref-3)
4. De acordo com o anexo III. Preencher uma descrição para cada área de conhecimento / atuação de cada profissional apresentado. [↑](#footnote-ref-4)