TERMO DE ADESÃO
CADASTRAMENTO DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO
MPE

Reservado ao SalvadorCARD

Código da Escola ☐☐☐☐☐

Data de Cadastro ____/____/_____

Escola Nova ☐ Sim ☐ Não

CNPJ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

☐ MATRIZ ☐ FILIAL

RAZÃO SOCIAL _____

NOME FANTASIA
(Conforme Diário Oficial) _____

Endereço

Logradouro (Rua/Av) _____

_____ N. º

Complemento _____ Bairro _____ Cidade _____

CEP _____ Telefone _____ Fax _____

E-mail _____

Rede de Ensino

☐ Municipal ☐ Federal
☐ Estadual ☐ Particular

Ensino	Turno de Funcionamento		
☐ Fundamental	☐ Matutino	☐ Vespertino	☐ Noturno
☐ Médio	☐ Matutino	☐ Vespertino	☐ Noturno
☐ Superior – Graduação / Mestrado / Dout.	☐ Matutino	☐ Vespertino	☐ Noturno

Informações Complementares

Ano Base Regularizado: 202

Quantidade de Professores: ☐

Quantidade de Salas: ☐

Quantidade de Empregados: ☐

Vagas: Manhã ☐ Tarde ☐ Noite ☐ Total ☐

Eu, Diretor abaixo identificado, declaro que tomei conhecimento através do site www.salvadorcard.com.br da Legislação e documentação necessárias para a MPE e que as informações prestadas no ato deste cadastramento são fidedignas.

Nome do Diretor	Nome do Contato com o SalvadorCard
RG	RG
CPF	CPF
Assinatura do Diretor	Assinatura do Contato

Reservado ao SalvadorCARD
RECIBO DE ENTREGA DO TERMO DE ADESÃO

NOME FANTASIA: _____

DATA RECEBIMENTO: _____/_____/_____ ASSINATURA: _____