**(Preencha todos os dados):**

|  |  |
| --- | --- |
| Empresa: |  |
| Endereço: |  |
| Telefone: |  |
| Nome do responsável geral/proprietário: |  |
| E-mail (para envio da aprovação): |  |
| Endereço do site (se houver): |  |

|  |
| --- |
| **Dados dos profissionais que realizarão a cobertura** |

|  |
| --- |
| **CREDENCIADO 1** |
| Nome |  |
| CPF |  |
| RG |  |
| Função |  |

|  |
| --- |
| **CREDENCIADO 2** |
| Nome |  |
| CPF |  |
| RG |  |
| Função |  |

|  |
| --- |
| **CREDENCIADO 3 (NO CASO DE TELEVISÃO)** |
| Nome |  |
| CPF |  |
| RG |  |
| Função |  |