|  |
| --- |
| FICHA CADASTRAL DE FORNECEDOR / PRESTADOR DE SERVIÇO |

***1. JURÍDICA (HABILITAÇÃO JURÍDICA)***

***A DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA DEVERÁ SER ANEXADA A FICHA CADASTRAL***

* Ficha Cadastral com todos os Campos Preenchidos legíveis;
* Requerimento de Empresário (para empresas MEI) ou Estatuto ou Contrato Social, em vigor e última alteração devidamente registradas;
* Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
* Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União emitida pela Receita Federal;
* Prova de regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), comprovada pela Certidão de Regularidade de Situação (CRS) emitida pela Caixa Econômica Federal

**(\*) Campos Obrigatórios**

|  |
| --- |
| **RAZÃO SOCIAL DA MATRIZ**: **ITACOLOMI COMUNICACAO LTDA**  **NOME FANTASIA:** |

**(\*)**

|  |  |
| --- | --- |
| **CNPJ**: **13.003.072/0001-34** | **INSCRIÇÃO MUNICIPAL: 0039360** |
| **INSCRIÇÃO** **ESTADUAL**: 002152935.00-18 | **INSCRIÇÃO NO CADASTRO NACIONAL DE ATIVIDADES (CNAE):** |

**(\*)**

|  |
| --- |
| **DATA DA FUNDAÇÃO**: **14/12/2010** |

**(\*)**

|  |
| --- |
| **CÓDIGO:** 61.41-8-00  **RAMO DE ATIVIDADE**: Operadoras de televisão por assinatura por cabo |

|  |
| --- |
| **SITE**: www.soumaster.com.br |

**(\*)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENDEREÇO: AV VINTE E UM DE ABRIL** | **Nº499** | **COMPL.: A** |

**(\*)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BAIRRO**: **CENTRO** | **CIDADE**: **DIVINOPOLIS** | **UF**: **MG** |

**(\*)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CEP**: **35.500-010** | **FONE (DDD)**: 37991991846 | **E-MAIL REMETENTE DE ENVIO DE NF:** angelica.duenhas@soumaster.com.br |

|  |
| --- |
| **RAZÃO SOCIAL DA FILIAL**:  **NOME FANTASIA:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **CNPJ**: | **INSCRIÇÃO MUNICIPAL:** |
| **INSCRIÇÃO** **ESTADUAL**: | **INSCRIÇÃO NO CADASTRO NACIONAL DE ATIVIDADES (CNAN):** |

|  |
| --- |
| **DATA DA FUNDAÇÃO**: |
| **CÓDIGO:**  **RAMO DE ATIVIDADE**: | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENDEREÇO**: | | | | |
| **BAIRRO**: | | **CIDADE**: | | **UF**: |
| **CEP**: | **FONE (DDD)**: | | **FAX (DDD)**: | |

**(\*)**

|  |
| --- |
| **NOME DO REPRESENTANTE LEGAL:** GUILHERME ALVES OLIVEIRA NASCIMENTO |
| **CARGO DO REPRESENTANTE:** DIRETOR COMERCIAL |
| **NACIONALIDADE:** BRASILEIRO |
| **ESTADO CIVIL:** CASADO |
| **FORMAÇÃO (ESCOLARIDADE): SUPERIOR COMPLETO - ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS**  **NOME DO CURSO: MBA - GESTÃO DE PESSOAS** |
| **PROFISSÃO:** DIRETOR COMERCIAL |
| **RG:** MG15372345  **ÓRGÃO EMISSOR DO RG:** SSP/MG |
| **CPF:** 070.502.716-32 |
| **E-MAIL: Guilherme.alves@soumaster.com.br** |
| **ENDEREÇO COMPLETO DO REPRESENTANTE:** Av. 21 de Abril, 409 - Centro, Divinópolis - MG, 35500-010 |

**(\*)**

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTATO COMERCIAL**: Igor Raposo | **FONE**: 37991991846 |
| **E-MAIL**: igor.raposo@soumaster.com.br | |

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTATO PARA PROJETOS**: noc | **FONE**: 3735124730 |
| **E-MAIL**: noc@soumaster.com.br | |

**(\*)**

|  |  |
| --- | --- |
| **CONTATO FINANCEIRO**: Rafael | **FONE**: 37991164428 |
| **E-MAIL**: rafael.fontana@soumaster.com.br | |
| **INFORMAÇÕES BANCÁRIAS:**  **CNPJ: 13.003.072/0001-34**  **Nº DO BANCO:**  **NOME DO BANCO: banco do brasil AG. 9964-3 C/C. 12000-6**  **CHAVE PIX: XXXXXXXX - TIPO DE CHAVE: XXXXXX**  **CNPJ:**  **Nº DO BANCO:**  **NOME DO BANCO: AG. C/C.**  **CHAVE PIX: XXXXXXXX - TIPO DE CHAVE: XXXXXX**  ***A CONTA CORRENTE INFORMADA deverá ser em nome da “Razão Social” da empresa e com o mesmo CNPJ.*** | | |

***2. INFORMAÇÃO PARA ASSINATURA DE DOCUMENTOS***

***PREENCHIMENTO OBRIGATORIO***

Realizamos as assinaturas dos documentos via assinatura digital (com certificado) e eletrônica (sem certificado digital).

Para assinaturas digitais precisamos de saber se vocês possuem Certificado de Assinatura Digital ICP-Brasil ou ICPEdu, do tipo A1 (arquivo) ou A3 (token/pendrive). Em caso positivo, solicito indicar que possui o Certificado Digital, pois daremos preferência pela assinatura digital.

Mas, caso não possuam o Certificado Digital**, ainda poderemos assinar de forma eletrônica (sem o certificado digital).**

Para ambos os casos, precisaremos dos dados abaixo para cadastro em nossa plataforma:

**(\*) Campo Obrigatório:**

|  |
| --- |
| **NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL:** GUILHERME ALVES OLIVEIRA NASCIMENTO |
| **CPF:** 070.502.716-32 |
| **E-MAIL: Guilherme.alves@soumaster.com.br** |
| **TELEFONE:** 37 9 9199-1846 |
| **FORMA DE ASSINATURA: ( )DIGITAL “COM CERTIFICADO” ( x) ELETRÔNICA “SEM CERTIFICADO”** |

**(\*) Campo Obrigatório:**

|  |
| --- |
| **NOME COMPLETO DA TESTEMUNHA:** |
| **CPF: IGOR FONSECA RAPOSO** |
| **E-MAIL: igor.raposo@soumaster.com.br** |
| **TELEFONE: 37991991846** |
| **FORMA DE ASSINATURA: ( )DIGITAL “COM CERTIFICADO” (x ) ELETRÔNICA “SEM CERTIFICADO”** |

Jurídico, se houver

|  |
| --- |
| **NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL JURÍDICO:** |
| **CPF:** |
| **E-MAIL:** |
| **TELEFONE:** |
| **FORMA DE ASSINATURA: ( )DIGITAL “COM CERTIFICADO” ( ) ELETRÔNICA “SEM CERTIFICADO”** |

***3. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES***

|  |
| --- |
| **Qual a condição de pagamento aplicada pela empresa?** BOLETO |
| **A empresa tem certificações (ABNT, Fabricantes, etc.)?** NÃO. |
| **Realiza entrega fora do estado de São Paulo?** SIM. |
| **Qual é o prazo médio de entrega?** 15 DIAS A PARTIR DA ASSINATURA DO CONTRATO |
| **Possui certificações de sustentabilidade? Quais?** NÃO. |
| **Possui políticas de ações de sustentabilidade? Quais?** NÃO. |

|  |
| --- |
| *4. PRINCIPAIS PRODUTOS* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome comercial** | **Nome genérico** | **Fabricante** | **NCM** (Nomenclatura Comum do Mercosul) | Grupo de Produto |
| IP DEDICADO | LINK DEDICADO |  |  | INTERNET |
| LAN TO LAN | L2L |  |  | INTERNET |
| TV POR ASSINATURA | TV |  |  | TELEVISÃO |

|  |
| --- |
| *5. PRINCIPAIS CLIENTES* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Razão Social** | **Contato** | **CNPJ** | **Telefone (DDD)** |
| UNIMED | DANIEL | 25.250.820/0001-62 | 37 98808-5310 |
| REDE MAC SUPERMERCADOS | PAULO | 20.633.061/0008-70 | 37 99155-3600 |
| HOSPITAL SANTA MONICA | JOÃO MARCOS | 23.772.726/0002-29 | 37 99918-4600 |

|  |
| --- |
| *6.PRINCIPAIS FORNECEDORES* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Razão Social** | **Contato** | **CNPJ** | **Telefone (DDD)** |
| MULTILASER INDUSTRIAL S.A | TARCISIO | 59.717.553/0006-17 | (31) 99920-8471 |
| ELETRICA DIVINOPOLIS | ROGER | 21.333.927/0001-13 | (37)3222-9494 |
| CONEC COM. DE EQUIPAMENTOS EIREL | EVELYN | 34.968.711/0001-76 | (31)99329-1086 |

**(\*) Campo Obrigatório:**

|  |
| --- |
| ***7. RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES*** |
| **NOME: IGOR FONSECA RAPOSO** |
| **LOCAL E DATA: Divinópolis dia 29 de julho de 2025** |