



## Formulário

### AUTOINDICAÇÃO AO PRÊMIO BRASIL MAIS INCLUSÃO CATEGORIA MÉRITO JOÃO RIBAS

#### Informações sobre o representante da empresa/entidade indicada

Nome da empresa/entidade: \_\_\_\_\_

Nome do representante da empresa/entidade: \_\_\_\_\_

CNPJ da empresa/entidade: \_\_\_\_\_

Cargo do representante: \_\_\_\_\_

Telefone do representante (com DDD): \_\_\_\_\_

Celular do representante (com DDD): \_\_\_\_\_

E-mail do representante: \_\_\_\_\_

Endereço completo para correspondência (com CEP, cidade e UF):  
\_\_\_\_\_

#### Área de atuação:

educação

esporte

saúde

turismo

habilitação e reabilitação

cultura e lazer

emprego, trabalho e renda

transporte e mobilidade

inovação e tecnologia

assistência social

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

1. Prêmio regulamento pelas Resoluções da Câmara dos Deputados [nº 10/2015](#) e [nº 10/2024](#) e Ato da Mesa [nº 200/2017](#).
2. A segunda página do formulário irá compor o caderno de votação que será enviado aos (às) Deputados(as) do Conselho Deliberativo do Prêmio. **Preencha todos os campos e não inclua informações pessoais.**
3. O indicante é o responsável pela veracidade e correção das informações fornecidas.
4. Após completo preenchimento, este documento deve ser enviado ao e-mail [premios.2secm@camara.leg.br](mailto:premios.2secm@camara.leg.br)
5. Para mais informações, acesse:
  - [Página do Prêmio Brasil Mais Inclusão](#)
  - [Página da Segunda-Secretaria da Mesa Diretora](#)
6. Em caso de dúvida: (61) 3215-8152 ou 5-8162.

#### TRAMITAÇÃO

GABINETE DO SEGUNDO-SECRETÁRIO – GAB-2SECM.UT

Brasília-DF, Data da solicitação



## Dados da Empresa/Entidade

## **Empresa/Entidade**

Nome da Empresa/Entidade – sigla, quando houver

Cidade/UF

Cidade/UF

## Por que esta empresa/entidade deve ganhar o Prêmio Brasil Mais Inclusão?

Todo o conteúdo deste formulário não pode exceder esta página