

Entidade ABRACON ASSOCIACAO BRASILEIRA DAS EMPRESAS E PROFISSIONAIS DO COMERCIO, SERVICOS E INDUSTRIA			Abrangência NACIONAL
DADOS DO REQUERENTE			
Nome:			
Nome da Mãe:			
Nome do Pai:			
CPF	RG	Data de Nascimento 	Estado Civil
CEP	Endereço		Número
Complemento	Bairro	Cidade	UF
Telefone Residencial ()	Telefone Celular ()	Telefone Comercial ()	ID Rádio Nextel
E-mail:	Profissão Exercida:	Forma de Contribuição Associativa: Mensal	No. Dependentes

- Os direitos dos Associados Beneficiários são LIMITADOS a utilização dos serviços e benefícios disponibilizados pela ABRACON, e concedidos a critério da Diretoria Executiva, possuindo direitos associativos limitados a utilização dos serviços e benefícios oferecidos pela entidade e previstos em Estatuto ou resultantes de contratos ou convênios que sejam regularmente firmados pela ABRACON, sem direito de requerer convocação, votar e ser votado em Assembleias Gerais ou em quaisquer outros órgãos deliberativos da entidade (Art. 8º. Do Estatuto).
- O Associado Beneficiário quites com suas obrigações estatutárias e com suas contribuições mensais, poderão usufruir dos serviços e benefícios resultantes de contratos ou convênios que sejam regularmente firmados pela Entidade (Art. 17º. Do Estatuto).
- O Associado Beneficiário pagará a contribuição associativa **MENSAL no VALOR DE R\$ 5,00 (cinco reais)**, estando ciente que a contribuição associativa sofrerá reajuste **ANUAL**, definidos pela Diretoria Executiva.
- A falta de pagamento da Contribuição Associativa Mensal implicará no cancelamento cadastral do associado junto ao quadro associativo e conseqüentemente a perda de elegibilidade para continuar ativo nos indicados benefícios e serviços oferecidos pela ABRACON, e conseqüentemente de seus dependentes, nada tendo que opor ou reclamar neste sentido.
- Estou ciente que minha filiação a esta entidade somente terá validade após análise e aprovação dos documentos que comprovem minha elegibilidade junto a ABRACON, Tendo a entidade o prazo de até 30 (trinta) dias para manifestação de aceitação ou recusa do requerente, não cabendo recurso à Assembleia-Geral, se houver a rejeição. Ficando vetado ao requerente de aderir qualquer benefício oferecidos pela entidade, anteriormente a sua aceitação no quadro de associados (Art. 9º. Do Estatuto).
- Declaro estar ciente, que em caso de aprovação de minha Ficha Cadastral de Associado e dos Documentos de Elegibilidade, ficarei responsável pela emissão **gratuita** do meu **CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE ASSOCIADO**, no qual deverá ser emitido diretamente através do site **www.abraconbrasil.org.br** ou solicitar junto à secretaria da entidade ABRACON (caso não tenha acesso a internet) no prazo máximo de 15 (quinze) dias.
- Declaro estar ciente e plenamente de acordo com as condições acima descritas.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente termo, sob minha inteira responsabilidade, declaro VERDADEIRA as informações descritas nesta Ficha Cadastral. **Por ser a expressão da verdade e da minha vontade, firmo o presente.**

<p>_____</p> <p>LOCAL E DATA</p>	<p>_____</p> <p>ASSINATURA DO REQUERENTE</p>
<p>CENTRAL DE ATENDIMENTO: (11) 2636-6808 2636-6811</p>	
<p>WEBSITE: www.abraconbrasil.org.br</p>	

Nome do Requerente: _____

Documentos Pessoais

- Cópia do CPF*
- Cópia do RG*
- Cópia do Comprovante de Residência (atualizado)*

Documentos Profissionais

COMÉRCIO / SERVIÇOS / INDÚSTRIA:

***** Empregados *****

- Cópia do Holerite ou CTPS (páginas: foto, qualificação civil e registro) que comprova a atuação na área do comércio ou serviços ou indústria.*

***** Empregadores *****

- Cópia do Contrato Social + CNPJ + Comprovante de Endereço*

***** Empresário Individual *****

- Requerimento de Empresário + CNPJ + Comprovante de Endereço.*

***** Profissionais Liberais *****

- Cópia da carteira do Conselho da Profissão (Ex. OAB, CRECI, CREA, ETC).*

***** Demais Profissionais Autônomos *****

- Cópia do diploma de formação superior, técnica ou profissionalizante.*

Assinatura do Requerente