



## FORMULARIO ASSOCIAÇÃO SINDICAL

Código N° \_\_\_\_\_

Nome da empresa: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_ Insc.Munic: \_\_\_\_\_ Insc.Estd: \_\_\_\_\_

Fone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Número de Funcionários: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

CRC/PA: \_\_\_\_\_ Início das atividades: \_\_\_\_\_

Nome(s) do sócio(s) - Proprietários(s) e/ou diretor (es)

1. \_\_\_\_\_ Registro CRC-PA
2. \_\_\_\_\_ Registro CRC-PA
3. \_\_\_\_\_ Registro CRC-PA
4. \_\_\_\_\_ Registro CRC-PA:

### Documentações Necessárias digitalizadas:

1. Contrato Social e alterações posteriores;
2. Cartão CNPJ;
3. Documentos pessoais do(a)s sócio(a)s (RG/CPF);
4. Pagamento de adesão no valor de R\$107,00 (cento e sete reais) no ato de entrega da ficha de associação;

Entregar proposta de associação preenchida e assinada na sede do SESCOB-PA ou encaminhar via e-mail: [administrativo@sescon-pa.org.br](mailto:administrativo@sescon-pa.org.br)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Representante legal da empresa

APROVADO EM REUNIÃO DA DIRETORIA  
DO DIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Presidente do SESCOB-PA

Agente de Vendas: \_\_\_\_\_

(91)99311-2920/ (91)99115-7836

E-mail: [administrativo@sescon-pa.org.br](mailto:administrativo@sescon-pa.org.br)/site: [www.sescon-pa.org.br](http://www.sescon-pa.org.br)

Rua. Santo Antônio, 316 - Ed. Américo Nicolau da Costa - 3º Andar - Sala 304 - Campina - CEP 66010-090 Belém - PA



**Autorização do uso de dados:**

Considerando a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), Lei nº 13.709 - 14/08/2018. Eu, autorizo expressamente a utilização e o tratamento dos meus dados pessoais, especialmente o número do meu CPF, pelo SESCOBPA, para a finalidade de cadastro e participações em todos os eventos.

Declaro estar ciente de que a presente autorização abrange a coleta, o armazenamento, o processamento, a transferência dos meus dados pessoais, conforme necessário para a consecução das finalidades indicadas.

Tomo ciência de que posso revogar esta autorização a qualquer momento, mediante solicitação por escrito ao **Sindicato das Empresas de Serviços Contábeis e das empresas de Assessoramento, Perícias, Informações e Pesquisas do Estado do Pará**, nos termos da legislação vigente.

( ) Confirmando autorização

( ) Não confirmando autorização