

## Proposta de Adesão

Razão Social _____		
Nome fantasia _____	Fundação _____	N.º de Func. _____
Atividades _____		CNAE _____
CNPJ / CPF _____	Insc. Est. / Registro profissional _____	Site _____
End. Correspondência _____		CEP _____ Região _____
Cidade _____	Fundação _____	Fone 2 / Celular _____
Localização _____		CEP _____ Região _____
E-mail principal _____		
Contato do RH _____	E-mail RH _____	Celular RH _____
Contato do Financeiro _____	E-mail Financeiro _____	Celular Financeiro _____
Contato do Marketing _____	E-mail Marketing _____	Celular Marketing _____

### Perfil da Empresa

Capital Social _____	Faturamento mês anterior _____	Média fat. últimos 12 meses _____	Participa de outra entidades: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim / Quais: _____		
Atividade Principal	Atividade Secundária	Tipo	Tribulação	Imóvel	Porte
<input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Indústria <input type="checkbox"/> Serviços <input type="checkbox"/> Financias <input type="checkbox"/> Const. Civil <input type="checkbox"/> Agronegócios <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Agronegócio <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Serviços <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Micro <input type="checkbox"/> Ltda <input type="checkbox"/> Profissional liberal <input type="checkbox"/> EPP <input type="checkbox"/> S/A <input type="checkbox"/> Associação <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Simples <input type="checkbox"/> Real <input type="checkbox"/> Presumido <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Próprio <input type="checkbox"/> Alugado <input type="checkbox"/> Comodato <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Micro <input type="checkbox"/> Pequena <input type="checkbox"/> Média <input type="checkbox"/> Grande
Classificação		Motivo da filiação			
<input type="checkbox"/> Exportadora <input type="checkbox"/> Importadora <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Importadora e exportadora		Indicação: ( ) Não ( ) Sim / Qual Empresa _____ <input type="checkbox"/> Associado <input type="checkbox"/> Certificado Digital <input type="checkbox"/> Campanhas <input type="checkbox"/> Saúde: ( ) Austa ( ) Uniodonto <input type="checkbox"/> Banco de Currículos <input type="checkbox"/> Clube de Vantagens <input type="checkbox"/> Locação de espaço <input type="checkbox"/> Cartão Sou Acirp <input type="checkbox"/> Empréstimo <input type="checkbox"/> Representatividade <input type="checkbox"/> SCPC: ( ) Cota Controle Valor R\$ _____			
Código de Sócio: _____		1º Vencimento: 12/_____/20____		Código de cobrança para outro Associado: _____	
Data de cadastro: ____/____/____		Valor da mensalidade: R\$ _____		Grupo empresarial: _____	

Nome dos Sócios	CPF	Cargo	Nascimento

Passar senha para:

Aprovação

Proposto - assinatura e carimbo

Acirp

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Filiador(a) Acirp: \_\_\_\_\_

(Aprovação sujeita a análise)