**TERMO ASSOCIATIVO – ABIMO E SINAEMO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dados cadastrais** | Razão Social: |
| Nome Fantasia: |
| C.N.P.J: |
| Inscrição Estadual: |
| Telefone + ddd: |
| Faturamento anual, base últimos 12 meses, em R$: |
| Tamanho planta fabril (em m²): |
| Número de colaboradores: |
| Data de fundação: |
| Site da empresa: |
| Vídeo institucional da empresa ( ) Sim ( ) Não  Link: |
| Possui fábrica no Brasil: ( )Sim ( ) Não  Possui fábrica fora do Brasil: ( ) Sim ( ) Não |
| Endereço (Estado, Cidade, Bairro, CEP): |
| Possui filiais? ( ) Sim ( ) Não   |  |  | | --- | --- | | C.N.P.J. | Razão Social | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |
| Possui grupo econômico? ( ) Sim ( ) Não |
| Informar o(s) número(s) de C.N.P.J. e Razão(ões) Social(is) das demais empresas do grupo econômico:   |  |  | | --- | --- | | C.N.P.J. | Razão Social | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |
| A(s) empresa(s) pertencente(s) ao grupo também fará(ão) parte da associação?  ( ) Sim ( ) Não  Em caso positivo, será cobrado o valor correspondente à faixa de faturamento do grupo de empresas constante da Tabela de Mensalidade, e os C.N.P.J.s informados poderão utilizar todos os benefícios das Entidades. |
| **Contatos Direção**  *(Nome e E-mail)* | Presidente (obrigatório):  Nome completo:  E-mail: |
| Secretária (nome completo):  E-mail: |
| Diretor (nome completo):  Cargo:  Departamento:  E-mail: |
| **Contato para envio de Boleto** | Nome completo (obrigatório):  Cargo:  Departamento:  E-mail: |
| **Demais departamentos** | Gestor administrativo: (esse contato receberá o link do formulário administrativo) (obrigatório):  Nome completo:  Cargo:  Departamento:  E-mail: |
| Gestor regulatório: (esse contato receberá o link do formulário regulatório) (obrigatório):  Nome completo:  Cargo:  Departamento:  E-mail: |
| Gestor marketing (esse contato receberá o link do formulário marketing) (obrigatório):  Nome completo:  Cargo:  Departamento:  E-mail: |
| Gestor exportação (esse contato receberá o link do formulário exportação) (obrigatório):  Nome completo:  Cargo:  Departamento:  E-mail: |
| Gestor RH (nome completo):  Cargo:  E-mail: |
| **Setores**  **(pode marcar mais de um setor)** | ( ) Médico-hospitalar  ( ) Odontologia  ( ) Laboratório  ( ) Biotecnologia ( ) Reabilitação e Tecnologia Assistiva |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

**A ABIMO – Associação Brasileira dos Dispositivos Médicos, inscrita no C.N.P.J./M.E. n.: 43.035.690/0001-27.**

**O SINAEMO – Sindicato da Indústria de Artigos e Equipamentos Odontológicos, Médicos**

**e Hospitalares do Estado de São Paulo, inscrito no C.N.P.J./M.E. n.: 62.645.460/0001-24.**

- Estão comprometidas com a confidencialidade e sigilo sobre todas as informações solicitadas neste processo admissional, bem como de quaisquer outras que venham a solicitar das suas associadas para a composição dos respectivos bancos internos de informações.  
Acesse a íntegra do TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO através do link:   
<https://abimo.org.br/docs/Termo_Confidencialidade_ABIMO.pdf>

- Estão adequadas às exigências da Lei Geral de Proteção de Dados, visando a segurança dos dados pessoais a eles confiados.

Conheça as Políticas de Cookies, Privacidade e Consentimento acessando o link:   
<https://abimo.org.br/politica-de-privacidade-e-cookies/>

A empresa autoriza expressamente o uso da marca, da imagem e do nome empresarial, em caráter gratuito, definitivo e exclusivo, por prazo indeterminado.

**O que considera importante que a ABIMO e SINAEMO possa fazer para ajudar sua empresa?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome completo e cargo do representante legal autorizado

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura via certificado digital