

**Formulário de Filiação**

**• Instruções:**

O interessado deverá preencher o cadastro abaixo e enviá-lo pelo e-mail filiacao@aderj.com.br, com a devida assinatura do seu representante legal.

Anexar os seguintes documentos:

- Contrato Social
- CNPJ

- Inscrição Estadual
- Documento do Representante Legal

Depois de aprovada a proposta pelo setor responsável, a empresa Atacadista/Distribuidor terá uma taxa de filiação no valor de R$ 5.500,00 (Cinco mil e quinhentos reais) e uma contribuição mensal através de boleto bancário com vencimento todo dia 10 de cada mês conforme quadro abaixo, reajustável anualmente em fevereiro.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Categoria** | **Taxa de Filiação** | **Mensalidade** |
| **Atacadista/Distribuidor** | **R$5.500,00** | **R$425,58** |
| **Colaborador/Parceiro** | **ISENTO** | **R$425,58** |
| **Prestador de ServiçoIndústria** | **ISENTO** | **R$289,67** |
| **Representante Comercial** | **ISENTO** | **R$150,40** |

 **• Dados da Empresa**

|  |
| --- |
| **Razão Social:** |
| **Nome Fantasia:** |
| **CNPJ:** |
| **Inscrição Estadual:** |
| **Data da Fundação:** |
| **E-mail:** |
| **Telefone:** |
| **Endereço:** |
| **Complemento: CEP:** |
| **Bairro: Cidade:** |
| **O ENDEREÇO INFORMADO ACIMA RECEBE CORRESPONDÊNCIAS? ( ) Sim ( ) Não** |
| **Endereço para correspondência:** |
| **Complemento: CEP:** |
| **Bairro: Cidade:** |

**• Representante na ADERJ**

|  |
| --- |
| **Nome:** |
| **Cargo:** |
| **Data de Nascimento:** |
| **CPF:** |
| **E-mail:** |
| **Telefone: Celular:** |

**• Departamentos

Financeiro**

|  |
| --- |
| **Nome:** |
| **Cargo:** |
| **E-mail:** |
| **Telefone: Celular:** |

**Marketing**

|  |
| --- |
| **Nome:** |
| **Cargo:** |
| **E-mail:** |
| **Telefone: Celular:** |

**Recursos Humanos**

|  |
| --- |
| **Nome:** |
| **Cargo:** |
| **E-mail:** |
| **Telefone: Celular:** |

**Comercial**

|  |
| --- |
| **Nome:**  |
| **Cargo:**  |
| **E-mail:** |
| **Telefone: Celular:** |

**Logística**

|  |
| --- |
| **Nome:** |
| **Cargo:** |
| **E-mail:** |
| **Telefone: Celular:** |

**Sua empresa tem ou pretende ter um Sucessor Familiar?
Caso positivo, preencha os campos abaixo:**

|  |
| --- |
| **Nome:** |
| **E-mail:** |
| **Celular:** |
| **Grau de Parentesco:** |

**• Perfil da Empresa

Ramo de atividade:**

( ) Atacadista / Distribuidor
( ) Colaboradores / Parceiros

( ) Prestador de Serviço
( ) Indústria
( ) Representante Comercial

**Principais linhas de produtos que comercializa:**( ) Alimentos secos industrializados
( ) Alimentos secos commodies
( ) Alimentos Refrigerados
( ) Alimentos Diet/Light e Orgânicos
( ) Alimentos Embutidos
( ) Alimentos Pet
( ) Alimentos Candies
( ) Beleza / Cosmético / Higiene Pessoal
( ) Bebidas não alcoólicas
( ) Bebidas alcóolicas
( ) Limpeza
( ) Fármacos OTC
( ) Fármacos Éticos
( ) Bazar / Armarinhos
( ) Papelaria / Informática
( ) Agronegócio / Veterinário
( ) Massas
( ) Materiais de Construção
( ) Material Elétrico
( ) Outros

 **Regiões do Estado que atua:**

( ) Região Metropolitana
( ) Região Noroeste
( ) Região Norte
( ) Região das Baixadas Litorâneas
( ) Região Serrana
( ) Região Centro-Sul
( ) Região do Médio Paraíba
( ) Região da Costa Verde

**CIENTE das CONDIÇÕES:

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
assinatura**