**CATEGORIA "ASSOCIADO EFETIVO ABAC"**

**I – REQUISITOS A SEREM OBSERVADOS**

* Ser autorizada pelo Banco Central do Brasil;
* Certificação PCA–10, de ao menos (i) um sócio ou um administrador da sociedade, (ii) um profissional da área administrativa e (iii) um profissional da área de vendas, independentemente do vínculo;
* Estar em dia com débitos anteriores, em caso de refiliação.

**II - DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

1. Pedido de Associação assinado pelo representante legal da administradora;
2. Certidão para Entidades Supervisionadas - "CERTIAUT" emitida pelo Banco Central do Brasil.
3. Contrato Social/Estatuto e última alteração devidamente registrados;
4. Cópia do Registro Geral (RG) do representante legal da administradora;
5. Currículo dos sócios.
6. Organograma da estrutura decisória e administrativa, identificando-se cargo, função.

**PEDIDO DE ASSOCIAÇÃO -** **CATEGORIA "ASSOCIADO EFETIVO ABAC"**

Razão Social:

Nome Fantasia Comercial, se houver:

Endereço:

Complemento:

Cidade:

UF:

Cep:

Telefone:

Site:

Redes sociais (se houver):

Instagram:

Facebook:

Twitter:

LinkedIn:

Youtube:

Outras:

Data de autorização para atuar no Sistema de Consórcios: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**CAPITAL SOCIAL:** .............................................................

**QUADRO SOCIETÁRIO (informar todos):**

**Sócio – Pessoa Natural**

Nome:

Telefone:

E-mail:

Quota de Participação no Consórcio:

**Sócio - Pessoa Jurídica**

Razão Social:

Representante Legal:

Telefone:

E-mail:

Quota de Participação no Consórcio:

**ADMINISTRAÇÃO DA SOCIEDADE (informar todos):**

Nome:

Mandato: Início: \_\_/\_\_/\_\_\_ e termino:\_\_/\_\_/\_\_\_

Telefone:

E-mail:

**CERTIFICAÇÃO PCA–10 (informar todos)**

- Nome do sócio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Número do Certificado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Nome do administrador da sociedade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Número do Certificado:\_\_\_\_\_\_\_\_

- Nome do profissional da área de vendas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Número do Certificado:\_\_\_\_\_\_, Informar vínculo: ( ) CLT ( ) Representante/Correspondente de Consórcio

**TIPO ADMINISTRADORA:**

(   ) Independente

(   ) Vinculada a varejo - Nome da empresa varejista:

(   ) Vinculada a concessionária - Nome da concessionária

(   ) Vinculada a fabricante/montadora -  Nome do fabricante/montadora:

(   ) Vinculada a instituição financeira - Nome da instituição financeira:

(   ) Vinculada a cooperativa - Nome da cooperativa:

(   ) Vinculada a seguradora - Nome da seguradora:

(   ) Sem fins lucrativos

**COMPROMETIMENTO**

Como representante legal da Administradora, caso aprovado o ingresso no quadro associativo da ABAC, me comprometo a (i) cumprir os Estatuto Social da ABAC, bem como (ii) observar os princípios éticos insculpidos no Código de Conduta e Ética da entidade.

**INDICAÇÃO DE REPRESENTANTE PERANTE A ABAC:** pessoa natural que poderá exercer todos os direitos estabelecidos no Estatuto.

Nome:

Cargo:

Função:

Telefone:

E-mail:

Ao enviar este formulário preenchido, confirmo, como Representante Legal da Administradora de Consórcios acima identificada, o interesse na filiação à ABAC.

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

Nome completo:

RG:

(Assinatura do representante legal da Administradora)