



FICHA CADASTRAL

REG - 009

1 - DADOS CADASTRAIS

Razão Social:		
Nome Fantasia:		
Nome/Razão Social p/ divulgação:		
Endereço:		
Bairro:		Município:
CEP:	UF:	Caixa Postal:
CNPJ/CPF:		Insc. Estadual:
Telefones:		Fax:
Data de Fundação:	Nº de Colaboradores:	Nº de Filiais:
e-mail p/ divulgação:		
e-mail p/ uso exclusivo do CIC:		
Site:		

2 - SEGMENTO

<input type="checkbox"/> Indústria de:
<input type="checkbox"/> Comércio de:
<input type="checkbox"/> Prestação de Serviços em:
<input type="checkbox"/> Autônomo:

3 - COMPOSIÇÃO SÓCIOS/DIRETORES

Nome do Sócio(a)-Diretor(a):		
Nome do Esposo(a):		
Endereço Residencial:		
Cidade:		Cep:
Telefone Residencial:		
E-mail:		
Nome do Sócio(a)-Diretor(a):		
Nome do Esposo(a):		
Endereço Residencial:		
Cidade:		Cep:

Telefone Residencial:	
E-mail:	
Nome do Sócio(a)-Diretor(a):	
Nome do Esposo(a):	
Endereço Residencial:	
Cidade:	Cep:
Telefone Residencial:	
E-mail:	

4 - COMPOSIÇÃO DA EMPRESA

RESPONSÁVEL POR SETOR	E-MAIL
Comércio Exterior:	
Compras:	
Diretoria:	
Financeiro:	
Gerente Administrativo:	
Marketing:	
Produção:	
Qualidade:	
Recursos Humanos:	
Segurança:	
Telefonista/Secretária:	
Vendas:	
Outros:	

5 - PRINCIPAIS PRODUTOS COMERCIALIZADOS / SERVIÇOS OFERECIDOS

6 - OUTRAS INFORMAÇÕES

A Empresa Importa?	() Sim	() Não
A Empresa Exporta?	() Sim	() Não
A Empresa emite certificados de origem?	() Sim	() Não

A Empresa Possui Show-room?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
A Empresa participa da Feira ExpoBento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
O Sistema de Contabilidade é?	<input type="checkbox"/> Próprio	<input type="checkbox"/> Terceirizado

Qual o escritório? _____ Telefone: () _____

7 - BENEFÍCIOS OFERECIDOS PARA OS COLABORADORES

<input type="checkbox"/> Vale - Refeição	<input type="checkbox"/> Refeitório	<input type="checkbox"/> Assoc. de Colaboradores
<input type="checkbox"/> Vale - Transporte	<input type="checkbox"/> Creche	<input type="checkbox"/> Participação lucros/result.
<input type="checkbox"/> Assistência Odontológica	<input type="checkbox"/> Convênios c/ Farmácias e Lojas	<input type="checkbox"/> Outros. Quais?
<input type="checkbox"/> Auxílio Escola	<input type="checkbox"/> Assistência Médica	

8 - RELACIONAMENTO COM O ASSOCIADO

Como gostaria de ser informado sobre as ações/serviços da entidade?

Comentários:

A Empresa concorda em se manter associada ao CIC-BG pelo período mínimo de 12 meses, a contar da data da associação.

Responsável p/ Preenchimento: _____

Data: / / _____

Assinatura

PARA USO EXCLUSIVO DO CIC

Código da Empresa:	Indicação:
--------------------	------------

Valor da Mensalidade:	Mensalidade a partir de:
-----------------------	--------------------------

PROTOCOLO	APROVAÇÃO / HOMOLOGAÇÃO