**ANEXO I - Resolução SFP nº 26, de 14-04-2022**

**TERMO DE ADESÃO**

(**Razão social da entidade consignatária**), com sede em (**endereço da entidade consignatária**), inscrita no CNPJ/MF sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, devidamente representada por (**identificação da autoridade máxima da entidade**), expressamente adere ao Serviço de Controle de Consignação – SCC, declarando estar integralmente ciente e de acordo com os termos e condições previstos na Convenção, nas Condições Gerais, nos Documentos Correlatos e no Termo de Adesão de tal serviço.

Outrossim, declara estar ciente e de acordo com as regras, definições e parâmetros estabelecidos, na forma dos atos normativos/legais aplicáveis, pela Secretaria da Fazenda e Planejamento.

Declara, ainda, ser integralmente responsável civil e criminalmente pelo conteúdo, segurança, atualização, veracidade e autenticidade das informações enviadas ao Serviço de Controle de Consignações – SCC e/ou à Secretaria da Fazenda e Planejamento, bem como pelo uso e guarda das informações consultadas em tal âmbito, respondendo integralmente por quaisquer perdas e danos advindos de tais informações e/ou uso e guarda.

Ademais, concorda em se submeter aos eventuais procedimentos de cadastro e de homologação tecnológica no âmbito do Serviço de Controle de Consignações – SCC e das regras, definições e parâmetros estabelecidos pela Secretaria da Fazenda e Planejamento.

Indica abaixo os dados do(s) profissional(is) ao(s) qual(is) aqui confere amplos e irrestritos poderes para lhe representar em quaisquer atos e/ou procedimentos relacionados ao Serviço de Controle de Consignações – SCC e/ou ao cumprimento das regras, definições e parâmetros estabelecidos pela Secretaria da Fazenda e Planejamento, inclusive no envio e/ou consulta de informações.

|  |  |
| --- | --- |
| **Usuário Master 1** | |
| **Nome** |  |
| **Cargo** |  |
| **CPF** |  |
| **RG** |  |
| **E-mail** |  |
| **Telefone** |  |
| **Endereço** |  |
| **Usuário Master 2** | |
| **Nome** |  |
| **Cargo** |  |
| **CPF** |  |
| **RG** |  |
| **E-mail** |  |
| **Telefone** |  |
| **Endereço** |  |

Por fim, assume integralmente a responsabilidade pela manutenção dos poderes acima conferidos, responsabilizando-se por eventual atraso na comunicação à Secretaria da Fazenda e Planejamento de qualquer alteração e/ou desligamento do(s) profissional(is) acima indicado(s), bem como dos demais profissionais por ele(s) habilitado(s).

|  |  |
| --- | --- |
| São Paulo, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. |  |

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

Assinatura da autoridade máxima da entidade