

ANEXO I
MODELO TERMO DE ADESÃO

_____ (nome da entidade consignatária), com sede em _____, inscrita no CNPJ/MF sob o nº _____, devidamente representada por _____ (qualificação 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.

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, 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.

Assume a responsabilidade integral por todos os atos praticados no Serviço de Controle de Consignações - SCC, por seus representantes devidamente credenciados, assim como pela utilização da senha de acesso ao sistema, ainda que indevidamente, inclusive por pessoa não credenciada como sua representante.

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 Sefaz.

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 Sefaz, inclusive no envio e/ou consulta de informações.

Usuário Máster 1	
Nome	
Cargo	
CPF	
RG	
E-mail	
Telefone	
Endereço	
Usuário Máster 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 Sefaz 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]

Testemunhas:

Nome:
RG:
CPF/MF:

Nome:
RG:
CPF/MF: