EscoteirosdoBrasil

UEB - União dos Escoteiros do Brasil
SIGUE - Sistema de Informações e Gerenciamento de Unidades Escoteiras

204/SP - BEM-TE-VI

Ficha de registro individual

ASSOCIADO BENEFICIÁRIO

Nome completo:

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino **Natural de:** **UF:**

Data de nascimento: / / **Escolaridade:**

Endereço: **Nº:**

Complemento: **Bairro:**

Cidade: **UF:** **CEP:**

Tel. Residencial: **Tel. Comercial:** **Tel. Celular:**

E-mail (importante):

Profissão:

Local de trabalho:

RG: **Órgão expedidor:** **CPF:**

Clube de servico:

Religião:

RESPONSÁVEL LEGAL E ASSOCIADO CONTRIBUINTE

Nome completo do responsável:

Parentesco: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Tutor

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino **Natural de:** **UF:**

Data de nascimento: / / **Escolaridade:**

Endereço: **Nº:**

Complemento: **Bairro:**

Cidade: **UF:** **CEP:**

Tel. Residencial: **Tel. Comercial:** **Tel. Celular:**

E-mail (importante):

Profissão:

Local de trabalho:

RG: **Órgão expedidor:** **CPF:**

Autorizo a União dos Escoteiros do Brasil (UEB) EM TODOS OS SEUS NÍVEIS, sociedade civil sem fins lucrativos, declarada de Utilidade Pública Federal, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.788.431/0001-13, com sede na Rua Coronel Dulcídio, bairro Água Verde, Curitiba - PR, CEP 80.250-100, a utilizar-se das imagens e voz minha, ou daquele que represento ou assisto, para a edição de filmes e fotos, outorgando-lhe todos os direitos de imagem relacionados, para qualquer tipo de divulgação, publicidade e veiculação em todos e quaisquer meio de comunicação, a exclusivo critério da União dos Escoteiros do Brasil, que poderá, ainda, reproduzir, editar, introduzir no mercado, armazenar, distribuir, executar, transmitir, criar trabalhos derivados e baseados nas imagens e informações disponibilizadas, para finalidade editorial, comercial, promocional, educacional, institucional, publicitária e todas as outras formas que venham a ser passíveis de utilização.
Os associados beneficiários e contribuintes declaram que conhecem e concordam em cumprir a regulamentação interna da União dos Escoteiros do Brasil.
Declaro que as informações acima foram por mim prestadas e são de minha inteira e total responsabilidade, especialmente o conteúdo e especificações descritos na ficha médica.

_____ ____/____/_____

Associado Beneficiário

Associado Contribuinte/Escotista/Dirigente/Colaborador