

Declaração de Aceitação

De liberação das Informações pelo Sistema de Consulta Profissional/ADB

Declaro para os devidos fins que tenho ciência dos objetivos da Associação dos Detetives do Brasil, assim sendo na condição de profissional associado, autorizo a disponibilidade de minhas informações como profissional pelo Sistema eletrônico/cadastro da ADB, com as chaves de consulta (**nº de registro, código de acesso, CPF, e busca pelo estado**) as quais possam ser de interesse de clientes ou Autoridades Civis (autoridade policial/ Procon código de defesa do consumidor) e Militares,Ministério Público/Poder Judiciário, dentre outras.

As informações dos profissionais cadastrados jamais serão divulgadas a terceiros, exceto com a autorização expressa do profissional através de seu nº de registro, Código de acesso ou CPF, com exceção no caso da solicitação dos dados por autoridades legais conforme determina a LEI Nº 3.099 Art 5º Poder Judiciário, entidades policiais ou outras com respaldo legal.

Resultado da consulta no sistema eletrônico da ADB:

Código de acesso

Ex. para consulta (**ADB-0000**) – **informações completa do profissional**

Foto de perfil, condições do cadastro, nº de registro, data e hora do cadastro, data de validade do cadastro, funcional atual, Nome completo, CPF, identidade, Data de nascimento, Naturalidade, nome do pai, nome da mãe, tipo sanguíneo, tempo de profissão, endereço residencial, e-mail, pagina eletrônica, Escola de formação, Data de conclusão do curso, Curso de formação, Especialidade, Experiência, certificado de formação profissional.

Nº de registro

Ex. para consulta (**0000/18**) - **informações parciais do profissional.**

Foto de perfil, condições do cadastro, nº de registro, data e hora do cadastro, data de validade do cadastro, Nome completo, cidade, estado, telefone, endereço eletrônico, Escola de formação, Data de conclusão do curso, Curso de formação, Especialidade, Experiência.

Nº do CPF

Ex. para consulta (000.000.000-00) - informações parciais do profissional.

Foto de perfil, condições do cadastro, nº de registro, data e hora do cadastro, data de validade do cadastro, Nome completo, cidade, estado, telefone, endereço eletrônico, Escola de formação, Data de conclusão do curso, Curso de formação, Especialidade, Experiência.

Busca pelo estado

Consulta livre de autorização esta consulta e a consulta onde o cliente fará o primeiro contato com o profissional.

Chave de consulta escolha por estado

Nome completo, data do cadastro, especialidade, cidade, telefone, whatsapp, e-mail.

Por aceitar as disposições previstas no sistema eletrônico da ADB, referente aos acessos as informações pertinentes deste profissional devidamente qualificado acima, **DECLARO QUE ACEITO E CONCORDO** com as condições estabelecidas de funcionamento.

Data;_____Local;

Assinatura do profissional

Nome completo:_____

CPF:_____

Reconhecido Firma em cartório