



FICHA DE INSCRIÇÃO

MATRÍCULA:	DELEGAÇÃO:	DATA DE INSCRIÇÃO:
------------	------------	--------------------

TIPO DE INSCRIÇÃO E TAXAS RESPECTIVAS	
Aposentado ou pensionista Associado	R\$100,00
Acompanhante de aposentado ou pensionista associado..R\$.120,00
Aposentado ou pensionista não Associado..... R\$.300,00
Acompanhante de aposentado ou pensionista não Associado	R\$.300,00
Empregado Ativo e acompanhante..... R\$.400,00
ConvidadoR\$. 400,00

NOME COMPLETO:		
ENDEREÇO:		
RG:	ORG. EMISSOR:	CPF:
DATA DE NASCIMENTO:		TELEFONE: ()
EMAIL:		
NÚMERO DE INSCRIÇÃO:	CELULAR: ()	
SEXO:	NÚMERO DE CALÇADO:	
TAMANHO DA CAMISA:	NOME PARA CREDENCIAL:	
QUE ASSOCIADO VC ESTÁ ACOMPANHANDO?		

HOSPEDAGEM
TIPO DE APARTAMENTO (INDIVIDUAL, DUPLO CASAL/TWIN OU TRIPLO CASAL/TWIN:
HÓSPEDE:
HÓSPEDE:

HÓSPEDE:
NECESSITA DE QUARTO ADAPTADO? (JUSTIFIQUE):

PARTE AÉREA	
VÔO DE IDA	
DATA:	CIA:
Nº DO VÔO:	HORÁRIOS: /
SAINDO DE:	CHEGANDO EM:
VÔO DE VOLTA	
DATA:	CIA:
Nº DO VÔO:	HORÁRIOS: /
SAINDO DE:	CHEGANDO EM:

OBSERVAÇÕES GERAIS:

LOCAL E DATA	ASSINATURA DO PARTICIPANTE
--------------	----------------------------

IMPORTANTE:

- 1) Esta ficha deverá ser entregue pelo participante à associação, em cada estado, devidamente preenchida.
- 2) As inscrições deverão ser realizadas a partir do dia **20/01/2018** encerra dia **20/08/2018**.

FICHA DE SAÚDE

NOME COMPLETO:		
ENDEREÇO:		
RG:	ORG. EMISSOR:	CPF:
DATA DE NASCIMENTO:		CELULAR: ()
NOME E TELEFONE DE UM CONTATO DE EMERGÊNCIA:		
POSSUI PLANO DE SAÚDE?:		QUAL?:
O PLANO POSSUI COBERTURA EM SALVADOR?:		
TIPO SANGUÍNEO:		FATOR RH:
DIABÉTICO?:		HIPERTENSO?:
ALERGIAS:		
NECESSIDADES ESPECIAIS:		

MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO			
MEDICAMENTO	DOSAGEM	FREQUÊNCIA	NECESSITA AUXÍLIO PARA USO?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

LOCAL E DATA	ASSINATURA DO PARTICIPANTE
--------------	----------------------------

IMPORTANTE:

Prezado participante, o preenchimento dos campos de saúde é OPCIONAL, seu conteúdo será mantido sob SIGILO e será utilizado apenas pela equipe organizadora do evento para proporcionar-lhe uma experiência diferenciada, especialmente no caso de necessidade de atendimento médico. Recomendamos enfaticamente o preenchimento. Caso não preencha, você estará assumindo a responsabilidade por não fornecer informações importantes a seu respeito para as equipes médicas.

COMISSÃO ORGANIZADORA DO SIMPÓSIO FENACEF