



## FICHA DE INSCRIÇÃO

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

| TIPO DE INSCRIÇÃO E TAXAS RESPECTIVAS |   |
|---------------------------------------|---|
|                                       | - Aposentado(a) ou pensionista associado(a): R\$ 100,00                     |
|                                       | - Acompanhante de aposentado(a) ou pensionista associado(a): R\$ 120,00     |
|                                       | - Aposentado(a) ou pensionista não associado(a): R\$ 300,00                 |
|                                       | - Acompanhante de aposentado(a) ou pensionista não associado(a): R\$ 300,00 |
|                                       | - Empregado(a) ativo(a) e acompanhante: R\$ 400,00                          |
|                                       | - Convidados: R\$ 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 (DUPLO CASAL/TWIN OU TRIPLO CASAL/TWIN): |
| HÓSPEDE:   |
| HÓSPEDE:   |
| HÓSPEDE:   |
| NECESSITA DE QUARTO ADAPTADO? (JUSTIFIQUE):                  |

**XLI SIMPÓSIO FENACEF  
NOVEMBRO/2019**

| 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.

## 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 NO RIO GRANDE DO NORTE?: |               |                 |
| 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.

**XLI SIMPÓSIO FENACEF  
NOVEMBRO/2019**



# XLI SIMPÓSIO FENACEF

## Anexo a Ficha de Inscrição

Nome Completo

Autorizo a AEA/BA a averbar em folha de pagamento ou debitar em minha conta corrente abaixo discriminada, os valores das parcelas relativas as despesas de minha participação no XLI Simpósio FENACEF.

Valor total das despesas

Parcelas

Valor das parcelas

Agência

Operação

Número da conta

Dígito

Assinatura

Data

Pagamentos:

| Data  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|
| Valor |  |  |  |  |  |  |

Observações: