

FICHA DE INSCRIÇÃO

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

TIPO DE INSCRIÇÃO E TAXAS RESPECTIVAS	
	- Aposentado(a) ou pensionista associado(a): R\$ 160,00
	- Acompanhante de aposentado(a) ou pensionista associado(a): R\$ 160,00
	- 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):



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 EM SANTA CATARINA?:		
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.

FORMA DE PAGAMENTO

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO DA INSCRIÇÃO E PARCELAS DE HOSPEDAGEM

TIPO	INSCRIÇÃO	HOSPEDAGEM	HOSPEDAGEM	HOSPEDAGEM	HOSPEDAGEM	HOSPEDAGEM	Total
Pagto/mês	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	
Valor							
Total							

Confirmando a inscrição

Autorizo débito em folha / conta

Bco _____ Ag. _____ Operação _____ Conta/dígito _____

Nome: _____

Matrícula: _____

Assinatura por extenso: _____