



FICHA DE INSCRIÇÃO

Matrícula:	Delegação:	Data de Inscrição:
------------	------------	--------------------

TIPO DE INSCRIÇÃO E TAXAS RESPECTIVAS

	Aposentado(a) ou pensionista associado(a): R\$ 160,00
	Aposentado(a) ou pensionista não associado(a): R\$ 300,00
	Empregado(a) ativo(a) e acompanhante: R\$ 400,00
	Convidado: R\$ 400,00

NOME COMPLETO:		
ENDEREÇO:		
RG:	ORG. EMISSOR:	CPF:
DATA DE NASCIMENTO:	TELEFONE: ()	
E-MAIL:		
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) - OBS: PARA QUARTOS TRIPLOS DEVERÁ SER FEITA CONSULTA PRÉVIA À FENACEF
HÓSPEDE:
HÓSPEDE:
NECESSITA DE QUARTO ADAPTADO? (JUSTIFIQUE):





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 SUL?:		
TIPO SANGUÍNEO:	FATOR RH:	
DIABÉTICO?:	HIPERTENSO?:	
ALERGIAS:		
NECESSIDADES ESPECIAIS:		

MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO

MEDICAMENTO	DOSAGEM	FREQUÊNCIA	NECESSITA DE 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.