



## 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:		CEP:
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) - <b>OBS: PARA QUARTOS TRIPLOS DEVERÁ SER FEITA CONSULTA PRÉVIA À FENACEF</b>
HÓSPEDE:
HÓSPEDE:
NECESSITA DE QUARTO ADAPTADO? (JUSTIFIQUE):



**PARTE AÉREA**

VOO DE IDA	
DATA:	CIA:
Nº DO VOO:	HORÁRIOS: /
SAINDO DE:	CHEGANDO EM:

VOO DE VOLTA	
DATA:	CIA:
Nº DO VOO:	HORÁRIOS: /
SAINDO DE:	CHEGANDO EM:

OBSERVAÇÕES GERAIS:

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

**IMPORTANTE:**

Esta ficha deverá ser entregue pelo participante à Associação, em cada Estado, devidamente preenchida.





## FICHA DE SAÚDE

NOME COMPLETO:		
ENDEREÇO:		CEP:
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.