

## FICHA DE INSCRIÇÃO

Matrícula:	AEA:	Data de Inscrição:
------------	------	--------------------

## TIPO DE INSCRIÇÃO E TAXAS RESPECTIVAS

	Aposentado(a) ou pensionista associado(a): <b>R\$ 300,00</b>
	Acompanhante de aposentado associado: <b>R\$ 300,00</b>
	Aposentado(a) ou pensionista não associado(a): <b>R\$ 500,00</b>
	Acompanhante de aposentado não associado: <b>R\$ 500,00</b>
	Ativo e acompanhante de ativo: <b>R\$ 500,00</b>
	Convidado: <b>R\$ 800,00</b>

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

## HOSPEDAGEM

TIPO DE APARTAMENTO (DUPLO CASAL/TWIN) - OBS: PARA QUARTOS TRIPLOS DEVERÁ SER FEITA CONSULTA PRÉVIA À FENACEF
HÓSPEDE 1:
HÓSPEDE 2:
NECESSITA DE QUARTO ADAPTADO? (JUSTIFIQUE):
<p>Obs: O sistema somente aceitará inscrições correspondentes ao número de apartamentos destinado à AEA do solicitante. Havendo necessidade de mais vagas, elas deverão ser solicitadas pelo e-mail <a href="mailto:administrativo@fenacef.org.br">administrativo@fenacef.org.br</a>, condicionadas à disponibilidade do hotel.</p>

## 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 EM ALAGOAS?:		
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:**

O preenchimento dos campos de saúde é OPCIONAL, seu conteúdo será mantido sob SIGILO e utilizado apenas pela equipe organizadora 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.



## DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Venho requerer minha inscrição como participante do 44º Simpósio FENACEF, conforme informações aqui prestadas. Para tanto, DECLARO que:

- as informações prestadas são verdadeiras e correspondem a mim e a meus dados pessoais ou à pessoa por mim representada;
- que ao solicitar os serviços de hospedagem do evento, estou de acordo, sem ressalvas, com todas as condições do “Contrato de Adesão dos Serviços de Intermediação de Hospedagem do 44º Simpósio FENACEF”, que rege a relação entre a FENACEF e a AEA pela qual estou me inscrevendo;
- estou ciente de que todos documentos aqui mencionados podem ser facilmente obtidos na AEA de minha inscrição ou por solicitação para o e-mail [administrativo@fenacef.org.br](mailto:administrativo@fenacef.org.br)

LOCAL E DATA:

ASSINATURA DO PARTICIPANTE:

