



45º SIMPÓSIO FENACEF

PRAIA DO FORTE • BAHIA • 24 A 28 DE NOVEMBRO DE 2025

FICHA DE INSCRIÇÃO

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

TIPO DE INSCRIÇÃO E TAXAS RESPECTIVAS

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

NOME COMPLETO:		
ENDEREÇO:		CEP:
RG:	ORG. EMISSOR:	CPF:
DATA DE NASCIMENTO:	TELEFONE: ()	
E-MAIL:		
NÚMERO DE INSCRIÇÃO:	CELULAR: ()	
SEXO:	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 ADAPTATO? (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 administrativo@fenacef.org.br, condicionadas à disponibilidade do hotel.</p>	



45º SIMPÓSIO FENACEF

PRAIA DO FORTE • BAHIA • 24 A 28 DE NOVEMBRO DE 2025

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 BA BAHIA?:		
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.



45º SIMPÓSIO FENACEF

PRAIA DO FORTE • BAHIA • 24 A 28 DE NOVEMBRO DE 2025

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Venho requerer minha inscrição como participante do 45º 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;
- ao solicitar os serviços de hospedagem para o evento, declaro estar plenamente ciente e de acordo, sem quaisquer ressalvas, com todas as condições estabelecidas referentes a pagamentos e políticas de cancelamento, reconhecendo ser de minha inteira responsabilidade o cumprimento dos prazos estipulados, bem como o aceite das penalidades previstas em caso de desistência;
- 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

LOCAL E DATA:

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: