



# SINDIBEL

SINDICATO DOS SERVIDORES E EMPREGADOS PÚBLICOS  
MUNICIPAIS DE BELO HORIZONTE

FICHA DE INSCRIÇÃO  
E FICHA DE SAÚDE

Preencha com letra legível

**PARTICIPAÇÃO GRATUITA**

## 1º SEMINÁRIO DOS SERVIDORES APOSENTADOS

Novos caminhos, novas histórias · Convivência e qualidade de vida

### DATA

**27 e 28 de novembro**  
de 2026

### LOCAL

**UNSP · Clube do Servidor**  
Caeté/MG

### SAÍDA

**27/11, às 13h**  
Praça da Estação (CRJ)

### INSCRIÇÕES

**Até 17/11**

Exclusivo para servidores(as) aposentados(as) filiados(as) ao SINDIBEL há 6 meses ou mais.  
Não é permitido acompanhante. Vagas limitadas.

### 1. DADOS DO(A) SERVIDOR(A)

Nome completo

CPF

Matrícula (BM)

Data de nascimento

Idade

Celular / WhatsApp

Telefone fixo

E-mail

Endereço (rua, número e complemento)

Bairro

Cidade

Cargo em que se aposentou

Órgão / Secretaria de origem

Ano de filiação ao SINDIBEL

Vai utilizar o transporte oferecido pelo SINDIBEL (saída em 27/11, às 13h, da Praça da Estação/CRJ)?

☐ Sim, vou no ônibus do SINDIBEL ☐ Não, irei por conta própria

### 2. CONTATO EM CASO DE EMERGÊNCIA

Nome completo

Parentesco

Telefone 1

Telefone 2

### 3. INFORMAÇÕES DE SAÚDE

As informações abaixo são confidenciais e serão usadas apenas para cuidar de você durante o seminário.

Altura

Peso

Tipo sanguíneo e fator RH

Plano de saúde (nome) ou SUS

Nº da carteirinha

Médico(a) de referência

Telefone do(a) médico(a)

Utiliza algum destes equipamentos de auxílio?

☐ Nenhum ☐ Óculos ☐ Lentes de contato ☐ Aparelho auditivo ☐ Prótese dentária ☐ Marcapasso ☐ Bengala  
☐ Andador ☐ Cadeira de rodas

Outro equipamento:

Doenças ou condições que já teve ou que estão em tratamento:

☐ Nenhuma ☐ Hipertensão (pressão alta) ☐ Diabetes ☐ Problemas cardíacos ☐ AVC ☐ Asma ou bronquite  
☐ Doença pulmonar (DPOC) ☐ Labirintite ou tontura ☐ Desmaios ☐ Convulsões ou epilepsia ☐ Problemas renais  
☐ Osteoporose ou artrose ☐ Problemas de memória

Outras condições ou detalhes:

**3. INFORMAÇÕES DE SAÚDE (CONTINUAÇÃO)**

Usa medicamentos (contínuos ou não)?

☐ Não ☐ Sim (preencha abaixo)

| Medicamento | Dose | Horário(s) |
|-------------|------|------------|
|             |      |            |
|             |      |            |
|             |      |            |
|             |      |            |

**Importante:** traga seus medicamentos em quantidade suficiente para os dois dias, com as receitas, se possível.

Tem alguma alergia?

☐ Não ☐ Sim (informe abaixo)

Medicamentos

Alimentos

Picada de inseto

Outras

Alimentação: tem alguma restrição ou dieta especial?

☐ Sem restrições ☐ Para diabéticos (sem açúcar) ☐ Pouco sal ☐ Sem glúten ☐ Sem lactose ☐ Vegetariana

Outra restrição alimentar:

Tem dificuldade para caminhar longas distâncias ou subir escadas?

☐ Não ☐ Sim

Fez alguma cirurgia ou esteve internado(a) nos últimos 6 meses?

☐ Não ☐ Sim

Sabe nadar? (o clube tem piscina)

☐ Não ☐ Sim

Precisa de algum cuidado ou adaptação durante o evento?

**4. DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES**

- ☐ Declaro que sou servidor(a) aposentado(a), filiado(a) ao SINDIBEL há 6 meses ou mais, e que as informações desta ficha são verdadeiras.
- ☐ Estou ciente de que não é permitido acompanhante e de que as vagas são limitadas.
- ☐ Em caso de emergência médica, autorizo o encaminhamento ao serviço de saúde mais próximo e o contato com a pessoa indicada no item 2.
- ☐ Autorizo o SINDIBEL a tratar meus dados pessoais e de saúde exclusivamente para a organização do seminário e para meu atendimento em caso de emergência, conforme a LGPD (Lei nº 13.709/2018). Os dados não serão compartilhados com terceiros, exceto com serviços de saúde, se necessário.

Uso de imagem: fotos e vídeos do evento poderão ser divulgados nos canais do SINDIBEL.

☐ Autorizo o uso da minha imagem ☐ Não autorizoBelo Horizonte,  /  / 2026

Assinatura do(a) servidor(a)

**COMO FAZER A INSCRIÇÃO (ATÉ 17/11)**

Online: preencha a ficha no site [www.sindibel.com.br](http://www.sindibel.com.br).  
Presencial: entregue esta ficha na sede, Av. Afonso Pena, 726, 18º andar, Centro, de segunda a sexta, das 9h30 às 16h.  
Dúvidas: (31) 3272-9865.

**USO EXCLUSIVO DO SINDIBEL**

Recebido por: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2026  
Filiação conferida: ( ) Sim ( ) Não  
Inscrição nº: \_\_\_\_\_