



**A • B • M • P • D • F**

**Associação Brasileira de Medicina Psicosomática Regional do DF**  
Brasília - Distrito Federal - Brasil

**Organização da Sociedade Civil de Interesse Público**



Fundamentada no Decreto-Lei Federal: 9.790-99

(61) 4102-3427

© 1999 - 2009 | 10 Anos - Qualificação e Aperfeiçoamento Multidisciplinar

(61) 8100-0067

**FICHA DE ADESÃO ASSOCIADO-CORRESPONDENTE**

( ) Profissional ( ) Acadêmico ( ) Pesquisador ( ) Colaborador ( ) Estudante

**NOME:** \_\_\_\_\_

**DATA/ NASC:** \_\_\_\_\_ **Local do Nascimento:** \_\_\_\_\_

**IDENTIDADE:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_ **Título de Eleitor:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**CEP:** \_\_\_\_\_ **BAIRRO:** \_\_\_\_\_

**CIDADE:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_

**FONES: RES. ( )** \_\_\_\_\_ **COM. ( )** \_\_\_\_\_

**FONE CEL. ( )** \_\_\_\_\_ **FAX. ( )** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **SITE:** \_\_\_\_\_

**PROFISSÃO:** \_\_\_\_\_ **ESPECIALIDADE:** \_\_\_\_\_

**REGISTRO PROFISSIONAL:** \_\_\_\_\_

**FORMAÇÃO OU GRADUAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**MENCIONE QUEM O INDICA PARA ABMP-DF** \_\_\_\_\_

**Datar e Assinar**  
**Coloque seu número de identidade:**



6 1 9 0 1 2 3 4 1 1 2 3 4 6 7

**ANEXAR A FICHA CÓPIAS DOS DOCUMENTOS ABAIXO:**

Enviar Ficha preenchida a (punho) + 2 fotos 3x4 recentes; Cópias: cédula de identidade e CPF, Cópia do Diploma ou Certificado de Graduação ou Declaração de Escola, Instituto, Faculdade ou Universidade. Anexar uma carta (sintetizada) especificando o seu interesse em se associar à ABMP-DF ou citando (NOME) de quem o indica ou como ficou sabendo da ABMP-DF. Juntar cópia Comprovante de Residência e Anexar um mini-curriculum (Formação, atuação e local de trabalho).

Valores: Taxa de Adesão e Anuidade - (Favor Consultar no site)

**(Abaixo Não preencher - Espaço reservado-Diretoria)**

Aprovado como: \_\_\_\_\_ CRPA: \_\_\_\_\_

( ) Aprovado ( ) Reprovado

JUSTIFICATIVA: \_\_\_\_\_

Associado indicado por: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

Aprovado associado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ por: \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura  
(reservado Diretoria)

Sua ficha após aprovada só é válida com a autenticação da ABMP-DF o prazo para remessa da documentação do Novo-Associado é de 15 Dias Úteis. Atenção não temos agentes cobradores ou representantes, Não pedimos dados cadastrais por e-mail ou telefone e não divulgamos nenhum dado cadastral, e-mail ou telefone sem autorização.

**ATENDIMENTO NA SEDE ADMINISTRATIVA DA ABMP-DF - BRASÍLIA – DF**  
**SOMENTE COM HORA-MARCADA - FONES: (61) 4102-3427 – 8100-0067**  
Ao enviar pelo Correio via Sedex sua ficha, fotos e Cópia dos documentos coloque seu cheque Cruzado e Nominal a: **ABMP-DF** de preferência para envio por SEDEX.

**Endereço para Correspondência:**

Presidência – da ABMP-DF  
AC-SHS - Caixa postal nº. 8897  
CEP: 70.312-970 – Brasília – DF



**HOME PAGE: [www.abmpdf.com](http://www.abmpdf.com)**