FICHA DE CADASTRO

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MATRÍCULA/ CPF: | | | DATA: | | |
| NOME: DT. NASC: | | | | | |
| RG: | EMAIL: | | | |  |
| NOME DO PAI E DA MÃE: | | | | | |
| PROFISSÃO/ HOBBI: | | | | | |
| ENDEREÇO: NÚMERO: | | | | | |
| BAIRRO: CIDADE: CEP: | | | | | |
| TELEFONES: | | | | | |
| FACEBOOK | | INSTAGRAM | | | |
| **TIPO DE PATOLOGIA\***  ( )Pré-Diabetes ( )Resistência Insulínica ( )Diabetes Tipo 1 ( )Diabetes Tipo 2 ( ) DM Outro Tipo  *\*Comprovado por laudo médico ou exame* | | | | | |
| FORMA DE PAGAMENTO: ( )Depósito/Transferência 🡪comprovante ( )Boleto (chega no email/ whatsapp) | | | | | |
| ( ) Declaração de baixa renda da assistente social (6-6 meses) ( ) Voluntariado (8hs/mês)\* | | | | | |
| OBSERVAÇÕES\*: | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
| LAVRAS, \_\_\_\_\_\_, DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DE 20\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| ASSOCIADO |  | | | ADL | |