



Avenida João Pinheiro Nº 161 / Sala T08, Centro, Município de Belo Horizonte  
Estado de Minas Gerais, República Federativa do Brasil  
CEP 30.130-180  
55 (31) 3213-7457  
www.ampmg.org.br – amp@ammgmail.org.br

## FICHA DE FILIAÇÃO

### Dados Pessoais:

\* **Nome do (a) Solicitante:** .....

\* **Sexo:** Feminino (.....) Masculino (.....)

#### \* **Nascimento:**

Data: ...../...../.....

Local (Cidade / Estado / País): ...../...../.....

Nacionalidade: .....

#### \* **Filiação:**

Nome da Mãe: .....

Nome do Pai: .....

\* **CRM-MG:** .....

\* **CPF:** .....

\* **Carteira de Identidade (Número e Órgão Público Oficial):** ...../.....

#### \* **Endereço Residencial:**

Logradouro: ..... Bairro: .....

Município: ..... Estado: ..... País: .....

CEP: ..... - .....

Telefone Fixo: (.....) ..... Telefone Móvel: (.....) .....

Endereço Eletrônico: .....

#### \* **Endereço Profissional:**

Logradouro: ..... Bairro: .....

Município: ..... Estado: ..... País: .....

CEP: ..... - .....

Telefone Fixo: (.....) ..... Telefone Móvel: (.....) .....

Endereço Eletrônico: .....

### Formação Profissional:

\* **Graduação em Medicina:**

Instituição que concluiu (Ou que está concluindo) o Curso de Graduação em Medicina (Reconhecida pelo Ministério da Educação – MEC): .....

Local de Graduação (Cidade / Estado / País): ...../...../.....

Ano de Graduação (Ou previsto para Graduação): .....

**\* Pós-Graduação em Psiquiatria:**

Instituição que concluiu a Residência Médica da Especialidade Psiquiatria (Reconhecida pelo Ministério da Educação – MEC) ou concluiu o Curso de Especialização em Psiquiatria (Reconhecido pela Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP): .....

Local de conclusão (Cidade / Estado / País): ...../...../.....

Ano de Conclusão: .....

**SOLICITO MINHA FILIAÇÃO À ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE PSIQUIATRIA – A.M.P.  
NA CATEGORIA DE ASSOCIADO ABAIXO MARCADA:**

(.....) Associado (a) Titular

(.....) Associado (a) Efetivo (a)

(.....) Associado (a) Aspirante (Início do Curso: ...../..... Término previsto do Curso: ...../.....)

(.....) Associado (a) Correspondente

(.....) Associado (a) Acadêmico (a) (Início do Curso: ...../..... Término previsto do Curso: ...../.....)

Você é Associado (a) da Associação Médica de Minas Gerais – AMMG? (.....) NÃO (.....) SIM

Nº de Inscrição na AMMG: .....

Endereço para recebimento de correspondência: (.....) Residencial (.....) Profissional

Belo Horizonte/MG, Brasil, ..... de ..... de .....

Assinatura do (a) Solicitante: .....

**DECISÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA DA ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE PSIQUIATRIA  
– A.M.P.**

(.....) Aprovado (a) para a Categoria de Associado (a): .....

(.....) Não Aprovado (a) pelo motivo: .....

Belo Horizonte/MG, Brasil, ..... de ..... de .....

Assinatura do (a) Secretário (a) Geral: .....

Assinatura do (a) Presidente: .....

**Nº de Inscrição na AMP: .....**

**Nº de Inscrição na ABP: .....**

**OBS:** É obrigatório anexar cópia dos documentos solicitados.

**Valor da Anuidade:** O valor total da Taxa de Anuidade é a soma do valor da AMP mais o valor da ABP (O valor total será cobrado junto com a Taxa de Anuidade da ABP via boleto bancário).