



Avenida João Pinheiro, 129/ Sala 501
B. Centro – Belo Horizonte/ Minas Gerais CEP 30.130-183
Telefone: (031) 3213-7457
E-mail: 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).