|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Logotipo  Descrição gerada automaticamente | | | | | | | **Foto 3x4\*** | |
| **FICHA DO ASSOCIADO** | | | | | | | | |
| **NOME:\*** |  | | | | | | | |
| **RG:\*** |  | **CPF:\*** |  | | **TELEFONE:\*** | |  |
| **DATA DE NASCIMENTO:\*** |  | **E-MAIL:\*** |  | | **RNP\*:** | |  |
| **ENDEREÇO:\*** |  | | | | | | | |
| **FORMAÇÃO:\*** |  | | | **Nº DO ASSOCIADO:**  *\*A ser preenchido pelo IBAPE/AM\** | |  | |
| **ÁREA DE ATUAÇÃO:\*** |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Atenção: Confirmação por E-mail: Antes de efetuar inscrições e pagamentos, aguarde a confirmação por e-mail; Análise pela Comissão Responsável: A ficha de inscrição será encaminhada à Comissão Responsável para análise detalhada;  Requisitos para Análise: Certifique-se de que a ficha contenha todas as informações obrigatórias. Anexe os documentos necessários para uma avaliação precisa;  Assinatura via "gov.com.br": Garanta que a ficha esteja devidamente assinada por meio do portal do Governo Federal. | | | | | | | | |
|  | Declaro que anexei à essa ficha: Carteira de Habilitação Profissional junto ao CREA/AM e  Comprovação de atuação na área de Avaliações e Perícias (Cursos, ARTS e/ou CAT). | | | | | | | |
|  | Declaro que os dados aqui informados são verdadeiros e que são de minha exclusiva responsabilidade. | | | | | | | |
|  | Autorizo que meu nome e e-mail estejam divulgados no site do IBAPE Amazonas e no site do IBAPE Nacional. | | | | | | | |
| **JURAMENTO PARA RECEPÇÃO DE NOVOS MEMBROS DO IBAPE/AM:**  Juro e prometo, pela minha honra e pela minha fé, perante minha própria consciência, exercer as funções de avaliador, perito ou auxiliar da justiça sem dolo nem malícia, obedecendo ao Código de Ética Profissional e ao Regimento Interno do IBAPE Nacional, além do Estatuto do IBAPE/AM, na constante busca da verdade, pois assim contribuirei para a harmonia social e para o aperfeiçoamento de meu País. | | | | | | | | |
| Manaus,\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2024. | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do Profissional | | | | | | | | |