

**DADOS PESSOAIS**

Nome Completo: (sem abreviações): _____

Nome para crachá (máximo 20 caracteres): _____

Endereço para correspondência: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____ País: _____

Tel.: (____) _____ Fax: (____) _____ Celular: (____) _____

CRM: _____ UF: _____ N° Matrícula ABP: _____ E-mail: _____

Instituição, Organização em que trabalha: _____

Formação profissional: Aluno de Graduação - informar curso: _____ Aluno de Pós-Graduação - informar curso: _____

Onde cursa? _____

Portador de necessidades especiais? () Sim () Não Quais? _____

INSCRIÇÃO NA JORNADA

Categoria	Até 13 de agosto	No evento
Sócios quites da ABP	R\$ 120,00	R\$ 150,00
Médicos não sócios	R\$ 175,00	R\$ 200,00
Profissionais de Saúde Mental	R\$ 150,00	R\$ 175,00
Estudantes de Pós-Graduação (mestrandos, doutorandos e de especialização) e Residentes em Psiquiatria (mediante apresentação de comprovante)	R\$ 100,00	R\$ 125,00
Alunos de Graduação (mediante apresentação de comprovante)	R\$ 40,00	R\$ 50,00
Cursos	R\$ 60,00	R\$ 80,00

Os 4 cursos serão ministrados nos dias 18 e 19 de agosto de 8h30min às 10h30min

Indique o Curso de sua escolha: () Curso 1 - Transtorno Psiquiátrico da Infância e da Adolescência
() Curso 2 - Psiquiatria Forense
() Curso 3 - Atendimento em Dependência Química
() Curso 4 - Transtornos em Psicogeriatría

Subtotal de taxa de Inscrição = R\$ _____

Curso = R\$ _____

Valor total do pagamento (Inscrição + Curso) = R\$ _____

NOTA: • O acesso de congressistas não-médicos à área de exposição das empresas farmacêuticas estará sujeito à regulamentação da ANVISA.

• A taxa de inscrição inclui: a participação em atividades científicas e a pasta com o material da V Jornada Sudeste.

FORMA DE PAGAMENTO Anexo cheque nº _____ do Banco nº _____, Agência nº _____ no valor de R\$ _____ (_____) cruzado e nominal à ABP / V Jornada Sudeste de Psiquiatria Anexo comprovante de depósito bancário em favor da ABP / V Jornada Sudeste de Psiquiatria, Banco HSBC, Agência 0424, Conta Corrente nº 31220-74, no valor de R\$ _____ (_____)**CANCELAMENTO E DEVOLUÇÃO**

- Cancelamentos deverão ser solicitados por escrito.
- Até 15 de julho de 2006: Devolução de 50% do valor da inscrição.
- Os reembolsos só serão realizados após 20 de setembro de 2006.
- NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO de valores durante o evento.

CARTA DE CONFIRMAÇÃO

Ao receber a Ficha de Inscrição e o pagamento, a Secretaria Executiva da V Jornada Sudeste enviará ao remetente uma carta de confirmação de inscrição. Essa carta deverá ser apresentada na Secretaria de Pré-Inscritos, no Centro de Convenções de Vitória para retirada do material.

Preencher e enviar esta ficha por correio registrado (no caso de pagamento em cheque) ou por Fax (no caso de depósito bancário) para: ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria / V Jornada Sudeste

Av. Presidente Wilson, 164 - 9º andar - Centro - CEP: 20030-020 - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: (21) 2199-7500 e (21) 2199-7501 - E-mail: jornadasudeste@abpbrasil.org.br

NOTA: NÃO SERÃO RECEBIDAS INSCRIÇÕES ENVIADAS POR E-MAIL. PARA QUALQUER INFORMAÇÃO ADICIONAL CONTATAR A SECRETARIA DO EVENTO.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura: _____