

FORMULÁRIO 1 - APRESENTAÇÃO DA MONTADORA

PRAZO: 20 de setembro de 2024

Enviar para:

Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP

Contato: Lucia Coelho - E-mail: comercial@abp.org.br e Alexandre Moniz - E-mail: comercial2@abp.org.br

Informamos que a empresa montadora:

Razão Social (MONTADORA):

Foi por nós contratada para efetuar os serviços de montagem, decoração, manutenção técnica e desmontagem de nosso estande no **XLI Congresso Brasileiro de Psiquiatria**.

Declaramos que temos total conhecimento de que a contratação da referida empresa não nos isenta de responsabilidade quanto ao cumprimento integral do Manual do Expositor.

Razão Social (EXPOSITOR):

<input type="text"/>	Estande n:
----------------------	------------

Nome Fantasia:

CNPJ (Obrigatório):

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Endereço:

Número:

CEP:

Bairro:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Cidade:

UF:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Fone:

Fax:

E-mail:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Responsável pela solicitação:

Data:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Assinatura:

Carimbo da empresa:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

FORMULÁRIO 2 – TERMO DE RESPONSABILIDADE

PRAZO: 20 de setembro de 2024

Enviar para:

Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP

Contato: Lucia Coelho - E-mail: comercial@abp.org.br e Alexandre Moniz - E-mail: comercial2@abp.org.br

Pelo presente Termo de Responsabilidade declaramos que nos responsabilizamos por todas as obrigações trabalhistas, legais e por todo e qualquer dano que possa ser causado ao **Centro de Convenções Internacional do Brasil** ou a terceiros pelos funcionários de nossa Empresa, relacionados nos **Formulário 6 e 7**, que estarão trabalhando na montagem e desmontagem e pelos funcionários que farão a manutenção e/ou prestação de serviços no estande da Empresa Expositora abaixo qualificada, no **XLI Congresso Brasileiro de Psiquiatria**.

Comprometemo-nos ainda a cumprir rigorosamente todos os prazos estabelecidos no Manual do Expositor no que se refere à montagem, manutenção e desmontagem do referido estande.

Declaramos, também, estar cientes de que toda e qualquer desobediência ao Regulamento e ao manual do Evento ou às normas do **Centro de Convenções Internacional do Brasil** autoriza a ABP a cancelar **nosso credenciamento**.

Razão Social (**EXPOSITOR**):

	Estande n:
--	------------

Nome Fantasia:

CNPJ (Obrigatório):

--	--

Endereço:

--

Número

CEP:

Bairro:

--	--	--

Cidade:

UF:

--	--

Fone:

Fax:

E-mail:

--	--	--

Razão Social (**MONTADORA**):

--

Nome Fantasia:

CNPJ (Obrigatório):

--	--

Endereço:

--

Número:

CEP:

Bairro:

--	--	--

Cidade:

UF:

--	--

Fone:

Fax:

E-mail:

--	--	--

Responsável pela solicitação:

Data:

--	--

Assinatura:

Carimbo da Empresa:

--	--

FORMULÁRIO 3 - TAXA DE LIMPEZA MONTAGEM E DESMONTAGEM (ESTANDES COM MONTAGEM ESPECIAL) PRAZO: 20 de setembro de 2024

Enviar para:

Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP

Contato: Lucia Coelho - E-mail: comercial@abp.org.br e Alexandre Moniz - E-mail: comercial2@abp.org.br

- Relacionamos abaixo os estandes que serão montados por essa **MONTADORA**, com suas respectivas metragens, para cálculo da taxa de limpeza durante a montagem e desmontagem do **XLI Congresso Brasileiro de Psiquiatria**.
- **O expositor, cuja montadora não retire o seu material e os entulhos oriundos das montagens desmontagens no pavilhão, será multado em 60% do valor total da taxa de Limpeza abaixo declarada. Evite a multa: contrate as caçambas para armazenar os restos de materiais.**
- Esta taxa será cobrada por metro quadrado de estande a ser montado e será destinada a cobrir gastos com a limpeza das áreas comuns durante a montagem e desmontagem do evento. Esta taxa não é referente à limpeza dos estandes, a qual deverá ser contratada pelo próprio expositor.

EXPOSITOR	ÁREA (m ²)	Valor	Valor Total
		R\$ 75,00 p/ m ²	
VALOR TOTAL			

O valor total da taxa será pago com boleto bancário que será enviado por e-mail pela PROMOTORA.

Razão Social (EXPOSITOR):

	Estande n:
--	------------

Nome Fantasia:

CNPJ (Obrigatório):

--	--

Endereço:

--

Número:

CEP:

Bairro:

--	--	--

Cidade:

UF:

--	--

Fone:

Fax:

E-mail:

--	--	--

Responsável pela solicitação:

Data:

--	--

Assinatura:

Carimbo da Empresa:

--	--

FORMULÁRIO 4 - INSTALAÇÃO ELÉTRICA (CONSUMO / KVA)
PRAZO: 20 de setembro de 2024

Enviar para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Contato: Lucia Coelho - E-mail: comercial@abp.org.br e Alexandre Moniz - E-mail: comercial2@abp.org.br

Solicitamos providenciar as seguintes instalações para nosso estande no **XLI Congresso Brasileiro de Psiquiatria**.

Discriminação	Quantidade	Valor do KVA	Valor Total
220 Volts		R\$ 560,00	

O pavilhão não dispõe de energia 110v.

O valor total da taxa será pago com boleto bancário que será enviado por e-mail pela PROMOTORA.

Razão Social (EXPOSITOR):

	Estande n:
--	------------

Nome Fantasia:

CNPJ (Obrigatório):

--	--

Endereço:

--

Número:

CEP:

Bairro:

--	--	--

Cidade:

UF:

--	--

Fone:

Fax:

E-mail:

--	--	--

Responsável pela solicitação:

Data:

--	--

Assinatura:

Carimbo da empresa:

--	--

FORMULÁRIO 8 - CREDENCIAIS DE EXPOSITORES (INDÚSTRIA FARMACÊUTICA)

PRAZO: 20 de setembro de 2024

Enviar para:

Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP

Contato: Lucia Coelho - E-mail: comercial@abp.org.br e Alexandre Moniz - E-mail: comercial2@abp.org.br

Tamanho estande	Credenciais (inclusas)	Extra (Consultar valores)	Limite
até 20m ²	9	0	9
de 21m ² a 29 m ²	12	0	12
de 30m ² a 39 m ²	13	0	13
de 40m ² a 49m ²	14	2	16
de 50m ² a 59m ²	15	3	18
de 60m ² a 69m ²	16	4	20
de 70m ² a 80m ²	17	5	22
81m ²	18	6	24

Cada credencial extra terá custo de R\$ 1.150,00 para todo evento e de R\$ 390,00 para participação de 1 dia.

**Estes crachás destinam-se às pessoas de sua empresa que estarão no evento.
É obrigatória a inclusão do número do CPF.**

Razão Social (EXPOSITOR):

<input type="text"/>	Estande n: <input type="text"/>
----------------------	---------------------------------

Nome Fantasia:

CNPJ (Obrigatório):

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Endereço:

<input type="text"/>

Número:

CEP:

Bairro:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Cidade:

UF:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Fone:

Fax:

E-mail:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Responsável pela solicitação: Data:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Assinatura:

Carimbo da empresa:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Para emissão de 2ª via de credencial será cobrada a taxa de R\$ 100,00 (cem reais).

**FORMULÁRIO 8 - CREDENCIAIS DE EXPOSITORES
(INDÚSTRIA FARMACÊUTICA)
PRAZO: 20 de setembro de 2024**

1 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

2 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

3 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

4 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

5 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

6 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

**FORMULÁRIO 8 - CREDENCIAIS DE EXPOSITORES
(INDÚSTRIA FARMACÊUTICA)
PRAZO: 20 de setembro de 2024**

7 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

8 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

9 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

10 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

11 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

12 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

FORMULÁRIO 8 - CREDENCIAIS DE EXPOSITORES (INDÚSTRIA FARMACÊUTICA)

PRAZO: 20 de setembro de 2024

13 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

14 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

15 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

16 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

17 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

18 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

FORMULÁRIO 9 - CREDENCIAIS DE EXPOSITORES (MONTAGEM BÁSICA)

PRAZO: 20 de setembro de 2024

Enviar para:

Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP

Contato: Lucia Coelho - E-mail: comercial@abp.org.br e Alexandre Moniz - E-mail: comercial2@abp.org.br

ESTANDES M ²	QUANTIDADE
6m ²	3 unidades
9m ² a 18m ²	5 unidades

**Estes crachás destinam-se às pessoas de sua empresa que estarão no evento.
É obrigatória a inclusão do número do CPF.**

Razão Social (EXPOSITOR):

	Estande n:
--	------------

Nome Fantasia:

CNPJ (Obrigatório):

--	--

Endereço:

--

Número:

CEP:

Bairro:

--	--	--

Cidade:

UF:

--	--

Fone:

Fax:

E-mail:

--	--	--

Responsável pela solicitação:

Data:

--	--

Assinatura:

Carimbo da empresa:

--	--

Para emissão de 2ª via de credencial será cobrada a taxa de R\$ 100,00 (cem reais).

**FORMULÁRIO 9 - CREDENCIAIS DE EXPOSITORES
(MONTAGEM BÁSICA)
PRAZO: 20 de setembro de 2024**

1 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

2 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

3 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

4 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

5 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Cargo:

FORMULÁRIO 10 – PLACA DE IDENTIFICAÇÃO MONTAGEM BÁSICA

PRAZO: 20 de setembro de 2024

Enviar para:

Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP

Contato: Lucia Coelho - E-mail: comercial@abp.org.br e Alexandre Moniz - E-mail: comercial2@abp.org.br

Ao **EXPOSITOR** com montagem básica será fornecida uma placa de identificação (testeira) contendo nome da empresa, em letras helvéticas pretas, com no máximo 13 caracteres (incluindo espaço).

Favor preencher o espaço abaixo como nome que deverá constar na TESTEIRA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Razão Social (**EXPOSITOR**):

	Estande n:
--	------------

Nome Fantasia:

CNPJ (Obrigatório):

--	--

Endereço:

--

Número:

CEP:

Bairro:

--	--	--

Cidade:

UF:

--	--

Fone:

Fax:

E-mail:

--	--	--

Responsável pela solicitação:

Data:

--	--

Assinatura:

Carimbo da empresa:

--	--

a) Caso este formulário não seja enviado até a data limite, será colocado o nome que consta no contrato de locação;

b) QUALQUER MODIFICAÇÃO TERÁ CUSTO ADICIONAL.

FORMULÁRIO 11 – REGISTRO DE ENTRADA E SAÍDA DE MATERIAL

PRAZO: 20 de setembro de 2024

Enviar para:

Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP

Contato: Lucia Coelho - E-mail: comercial@abp.org.br e Alexandre Moniz - E-mail: comercial2@abp.org.br

Especificar produtos, máquinas, equipamentos e outros (exceto folhetaria, pequenos objetos, materiais de degustação e brindes) que pretendem utilizar durante o Evento, devendo ser entregue uma cópia à Segurança Oficial do evento quando da entrada e saída do material no pavilhão do **Centro de Convenções Internacional do Brasil**.

A saída de materiais e equipamentos do PAVILHÃO será objeto de severa vigilância por parte da **PROMOTORA** e seguranças, devendo o **EXPOSITOR ter em mãos cópia do Formulário 12** (específico para registro de entrada e saída de material) o formulário acompanhará o veículo e será entregue nas portarias de saída aos fiscais que procederão à vistoria.

- a) Este documento deverá ser preenchido **em duas vias** e enviado por e-mail para ABP.
- b) O **EXPOSITOR** poderá anexar cópia da nota fiscal dos produtos ao invés do preenchimento do formulário;
- c) O **EXPOSITOR** poderá tirar quantas cópias forem necessárias, deste formulário.

NOTA: Este formulário não tem valor fiscal e não implica em responsabilidade sobre os materiais.

Razão Social (**EXPOSITOR**):

	Estande n:
--	------------

Nome Fantasia: CNPJ (Obrigatório):

--	--

Endereço:

--

Número: CEP: Bairro:

--	--	--

Cidade: UF:

--	--

Fone: Fax: E-mail:

--	--	--

Responsável pela solicitação:

	Data:
--	-------

Assinatura:

Carimbo da empresa:

--	--

FORMULÁRIO 12 – AVALIAÇÃO TÉCNICA DO PROJETO ESPECIAL

PRAZO: 20 de setembro de 2024

Enviar para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Contato: Lucia Coelho - E-mail: comercial@abp.org.br e Alexandre Moniz - E-mail: comercial2@abp.org.br
Contato aprovação do projeto:

(PARA EXPOSITORES QUE OPTARAM POR ÁREA LIVRE OU QUE DISPENSARAM A MONTAGEM BÁSICA)

DADOS DO EXPOSITOR

Expositor:	Estande nº
Responsável:	
Fone:	Celular:
E-mail:	

DADOS MONTADORA

Empresa:	
Responsável Técnico:	
Fone:	Celular:
E-mail:	

Obrigatório o envio do projeto juntamente com o Formulário 12 e formulário de consumo de KVA.

AS MONTADORAS DE ESTANDES ESPECIAIS SERÃO OBRIGADAS A APRESENTAR:

1. Projeto arquitetônico contendo planta baixa e cortes com medidas;
2. Projeto elétrico;
3. RRT (Registro de Responsabilidade Técnica) ou ART (Anotação de Responsabilidade Técnica);
4. O projeto do estande deverá ser apresentado em um dos seguintes formatos:
 - Arquivos do Coreldraw (extensão.cdr) vetor;
 - PDF.

DEVERÁ CONSTAR NO PROJETO:

1. Indicação de rampas para acessibilidade;
2. Elevação ou perspectiva com indicação de alturas junto aos vizinhos e altura máxima do estande;
3. Indicação dos materiais a serem utilizados;
4. Nome do evento, da empresa expositora, da montadora e do arquiteto responsável pelo projeto, número do estande;
5. Constar Elevações frontais e laterais, devidamente cotadas, para verificação de todas as alturas do projeto. As mesmas deverão estar de acordo com as exigências deste Manual;
6. Implantação do projeto na planta baixa do evento;
7. Informação do Consumo de KVA;

Para AVALIAÇÃO TÉCNICA do projeto a MONTADORA deverá enviar o mesmo com todas as informações e Formulário citados acima. Sem estes dados o projeto NÃO SERÁ AVALIADO e poderá implicar no veto da montagem do estande por parte da montadora oficial e promotora, caso ele não esteja dentro das normas do MANUAL DO EXPOSITOR, sem qualquer ônus ou prejuízo.

A responsabilidade técnica pela montagem é única e exclusiva da MONTADORA do estande contratada.

Data:	Assinatura e Carimbo da empresa:
-------	----------------------------------

FORMULÁRIO 14 – TERMO DE RESPONSABILIDADE CONTRATAÇÃO DE VIGIA

PRAZO: 20 de setembro de 2024

Enviar para:

Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP

Contato: Lucia Coelho - E-mail: comercial@abp.org.br e Alexandre Moniz - E-mail: comercial2@abp.org.br

Pelo presente Termo de Responsabilidade declaramos que nos responsabilizamos por todas as obrigações trabalhistas, legais e por todo e qualquer dano que possa ser causado ao **Centro de Convenções Internacional do Brasil** ou a terceiros pelos serviços de vigilância, contratados pela nossa empresa, relacionados nos **Formulário 7**, que trabalharão durante a realização e desmontagem do **XLI Congresso Brasileiro de Psiquiatria**.

Declaramos, também, estar cientes de que toda e qualquer desobediência ao Regulamento e ao manual do Evento ou às normas do **Centro de Convenções Internacional do Brasil**, autoriza a ABP a cancelar **nosso credenciamento**.

Razão Social (**EXPOSITOR**):

	Estande n:
--	------------

Nome Fantasia:

CNPJ (Obrigatório):

--	--

Endereço:

--

Número:

CEP:

Bairro:

--	--	--

Cidade:

UF:

--	--

Fone:

Fax:

E-mail:

--	--	--

Razão Social (**EMPRESA DE SEGURANÇA**):

--

Nome Fantasia:

CNPJ (Obrigatório):

--	--

Endereço:

--

Número:

CEP:

Bairro:

--	--	--

Cidade:

UF:

--	--

Fone:

Fax:

E-mail:

--	--	--

Responsável pela solicitação:

Data:

--	--

Assinatura:

Carimbo da Empresa:

--	--