

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:

--	--

TABELA DE CONSUMO

**A tabela de consumo a seguir, serve para cálculo de energia adicional.
APARELHOS / EQUIPAMENTOS – KVA = QUILOVOLTS – AMPÈRE CONSUMO.**

ITEM	QTD	KVA	TOTAL KVA
Cafeteira elétrica comercial		4,5	
Freezer (horizontal ou vertical)		0,5	
Geladeira pequena/ frigobar		0,3	
Geladeira Média		0,5	
Refletor de 60w		0,08	
Refletor de 100w refletora		0,12	
Luminária dicroicas (halógena) – 55w		0,08	
Luminária/Lâmpada fluorescente de 20w com refletor		0,03	
Luminária/Lâmpada fluorescente de 40w com refletor		0,05	
Refletor HO (com reator) – 110w		0,14	
Luminária/Lâmpada incandescente de 100w		0,12	
Refletor HQL 150w		0,19	
Luminária/Lâmpada mista de 160w		0,2	
Luminária/Lâmpada mista de 250w		0,31	
Luminária/Lâmpada mista de 500w		0,62	
Refletor halógeno de 300w		0,4	
Refletor halógeno de 500w		0,62	
Refletores especiais de 1000w		1,25	
TV LCD 32"		2,1	
TV LCD 42"		2,8	
TV LED 32"		1,2	
TV LED 42"		1,5	
Microcomputador linha PC (CPU + monitor)		0,5	
Impressora linha PC		0,25	
Forno micro-ondas		1,2	
Forno elétrico 1000w		1,25	
Forno elétrico 2000w		2,5	
Forno elétrico 3000w		3,8	
Forno elétrico 4000w		5	
Tomada monofásica 220v		1	
Tomada trifásica 380v		10	
DVD		0,3	
TOTAL DE CONSUMO			

FORMULÁRIO 5 – LOCALIZAÇÃO DE PONTO DE ENERGIA 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

Empresa Expositora:

Número do Estande:

FAVOR LOCALIZAR O PONTO DE ENERGIA ATRAVÉS DE CROQUI DO ESTANDE

Legenda: Cada quadrado corresponde a 1m² (1mx1m)

Ponto de energia: ▲

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

Local e data

Nome e assinatura do responsável

**FORMULÁRIO 6 – CREDENCIAIS DE PESSOAL DE MONTADORAS
(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

Empresa Expositora:	Número do Estande:
Nome para a Credencial	Função

EMPRESA MONTADORA:

Nome: _____

Responsável: _____

Fone: _____	E-mail: _____
-------------	---------------

Local e Data	Carimbo, nome (legível) e assinatura do responsável
--------------	---

**FORMULÁRIO 7 - CREDENCIAIS DE SERVIÇO
(GARÇONS, RECEPCIONISTAS, BUFFET, LIMPEZA E REPOSIÇÃO)
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**

Para emissão de 2ª via de credencial será cobrada a taxa de R\$ 40,00 (quarenta reais).

Solicitamos o fornecimento de crachás de identificação para as pessoas abaixo, que foram por nós contratadas e que exercerão suas atividades durante o horário de funcionamento do evento, sob nossa responsabilidade no **XLI CBP**.

Razão Social (**EXPOSITOR**):

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

Razão Social (**PRESTADOR DE SERVIÇO**):

--

Nome Fantasia:

CNPJ (Obrigatório):

--	--

Endereço:

--

Número:

CEP:

Bairro:

--	--	--

Cidade:

UF:

--	--

Fone:

Fax:

E-mail:

--	--	--

Nome	Função	CPF

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 n ^o
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:

--	--