FICHA DE INSCRIÇÃO

**(Favor preencher com letra de forma e de maneira legível)**

**NOME COMPLETO:**

**NOME PARA CRACHÁ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ORGÃO EXP.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ENDEREÇO:**

**BAIRRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CIDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ESTADO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

TELEFONE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Valor das Inscrições** |
|   | Até 30 de abril | Após 30 de abril/ Local  |
| Médico | R$ 230,00 | R$ 320,00 |
| Acadêmicos/ Residentes | R$ 115,00 | R$ 160,00 |
| Outras Profissionais | R$ 170,00 | R$ 230,00 |

A inscrição deverá ser feita através de deposito bancário identificado na seguinte conta: Sociedade Brasileira de Cardiologia

 Banco BRB

 Ag: 0215 c:c: 004132-9

E o comprovante da inscrição e ficha preenchida deverá ser enviado pelo seguinte e-mail: eventoscia@terra.com.br ou pelo fax: (62) 3932-92-78