

# Ficha de Inscrição

(Preencher em letra de forma, colocar CPF e CRM para pontuação Título Especialista)

Nome: \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Especialidade / área:

( ) Medicina ( ) Enfermagem ( ) Nutrição ( ) Educação Física ( ) Fisioterapia ( ) Estudante (indicar a área) ( ) Residente

Nome para Crachá: \_\_\_\_\_

## SÓCIOS SBC QUITES

	<b>No Local</b>
Médicos	R\$ 200,00
Residentes de medicina (com comprovação)	R\$ 100,00

## NÃO SÓCIOS / NÃO QUITES

	<b>No Local</b>
Médicos	R\$ 220,00
Residentes de medicina (com comprovação)	R\$ 120,00
Estudantes (medicina com comprovação)	R\$ 80,00

