

Formulário 1 - APRESENTAÇÃO DA MONTADORA

Enviar para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Contato: Lucia Coelho - Email: comercial.congresso@abpbrasil.org.br
Fone: (21) 2199-7500

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 **XXIX 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**):

Estande nº

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

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

Enviar para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Contato: Lucia Coelho - Email: comercial.congresso@abpbrasil.org.br
Fone: (21) 2199-7500

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 RIOCENTRO 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 **XXIX 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 RIOCENTRO, autoriza a ABP a cancelar **nosso credenciamento**.

Razão Social (**EXPOSITOR**):

	Estande nº
--	------------

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:
-------------	---------------------

PRAZO: 27/09/11



XXIX Congresso
Brasileiro de
Psiquiatria
Acesso a Tratamento e Justiça Social
2 a 5 de novembro de 2011 • Rio de Janeiro

Formulário 3 - TAXA DE LIMPEZA PARA MONTAGEM E DESMONTAGEM (PARA TODOS OS EXPOSITORES)

Enviar para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Contato: Lucia Coelho - Email: comercial.congresso@abpbrasil.org.br
Fone: (21) 2199-7500

- 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 **XXIX 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.**

EXPOSITOR	ÁREA(m ²)	Valor	Valor Total
		R\$ 45,00 p/ m ²	
		R\$ 45,00 p/ m ²	
		R\$ 45,00 p/ m ²	
		R\$ 45,00 p/ m ²	
VALOR PAGAR:			

VALOR TOTAL

O valor total da taxa será pago com boleto bancário que será enviado por e-mail pela Organização.
O boleto terá vencimento dia 14/09/11.

Razão Social (EXPOSITOR):

	Estande nº
--	------------

Nome Fantasia:

CNPJ (Obrigatório):

--	--

Endereço:

--

Número:

CEP:

Bairro:

--	--	--

Cidade:

UF:

--	--

Fone:

Fax:

E-mail:

--	--	--

Responsável pela solicitação:

Data:

--	--

Assinatura:

Carimbo da Empresa:

--	--

Secretaria Executiva
ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
Av. Pres. Wilson, 164 - 9º andar - Centro
20030-020 - Rio de Janeiro - RJ
Telefax: (21) 2199-7500 - Fax: (21) 2199-7501
E-mail: congresso@abpbrasil.org.br
Site: www.abp.org.br/congresso

Promoção e Realização



Apoio



Afiliada à



Formulário 4 - INSTALAÇÃO ELÉTRICA (CONSUMO / KVA)

Enviar para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Contato: Lucia Coelho - Email: comercial.congresso@abpbrasil.org.br
Fone: (21) 2199-7500

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

Discriminação	Quantidade	Valor do ponto	Valor Total
220V - TRIFÁSICA		R\$ 275,00	
380V - TRIFÁSICA		R\$ 275,00	

O pavilhão não dispõe de energia 110v .Caso seja necessário levar transformador.

O valor total da taxa será pago com boleto bancário que será enviado por e-mail pela Organização.
O boleto terá vencimento dia 14/09/11.

Razão Social (EXPOSITOR):

	Estande nº
--	------------

Nome Fantasia:

CNPJ (Obrigatório):

--	--

Endereço:

--

Número:

CEP:

Bairro:

--	--	--

Cidade:

UF:

--	--

Fone:

Fax:

E-mail:

--	--	--

Responsável pela solicitação:

Data:

--	--

Assinatura:

Carimbo da Empresa:

--	--

PRAZO: 27/09/11



XXIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria
Acesso a Tratamento e Justiça Social
2 a 5 de novembro de 2011 • Rio de Janeiro

Formulário 8 - CREDENCIAIS DE EXPOSITORES (INDÚSTRIA FARMACÊUTICA)

Enviar para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Contato: Lucia Coelho - Email: comercial.congresso@abpbrasil.org.br
Fone: (21) 2199-7500

ESTANDES M ²	QUANTIDADE
De 18m ² a 36m ²	9 unidades
De 45m ² a 54m ²	12 unidades
Acima de 72m ²	15 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).

Secretaria Executiva
ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
Av. Pres. Wilson, 164 - 9º andar - Centro
20030-020 - Rio de Janeiro - RJ
Telefax: (21) 2199-7500 - Fax: (21) 2199-7501
E-mail: congresso@abpbrasil.org.br
Site: www.abp.org.br/congresso

Promoção e Realização



Apoio



Afiliada à





Formulário 8- CREDENCIAIS DE EXPOSITORES - (INDÚSTRIA FARMACÊUTICA)

1 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

2 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

3 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

4 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

5 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

6 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:



Formulário 8 - CREDENCIAIS DE EXPOSITORES -(INDÚSTRIA FARMACÊUTICA)

7 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

8 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

9 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

10 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

11 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

12 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

PRAZO: 27/09/11



XXIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria
Acesso a Tratamento e Justiça Social
2 a 5 de novembro de 2011 • Rio de Janeiro

Formulário 9 - CREDENCIAIS DE EXPOSITORES (MONTAGEM BÁSICA)

Enviar para:

Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP

Contato: Lucia Coelho - Email: comercial.congresso@abpbrasil.org.br

Fone: (21) 2199-7500

ESTANDES M ²	QUANTIDADE
6m ²	3 unidades
de 9m ² a 27m ²	5 unidades
de 36m ² a 54m ²	9 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**):

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

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).

Secretaria Executiva
ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
Av. Pres. Wilson, 164 - 9º andar - Centro
20030-020 - Rio de Janeiro - RJ
Telefax: (21) 2199-7500 - Fax: (21) 2199-7501
E-mail: congresso@abpbrasil.org.br
Site: www.abp.org.br/congresso

Promoção e Realização



Apoio



Afiliada à





Formulário 9- CREDENCIAIS DE EXPOSITORES (MONTAGEM BÁSICA)

1 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

2 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

3 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

4 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

5 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:



Formulário 9 - CREDENCIAIS DE EXPOSITORES (MONTAGEM BÁSICA)

6 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

7 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

8 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

9 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

10 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

11 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

PRAZO: 27/09/11



XXIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria
Acesso a Tratamento e Justiça Social
2 a 5 de novembro de 2011 • Rio de Janeiro

Formulário 10 - CREDENCIAIS DE IMPRENSA

Enviar para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Contato: Lucia Coelho - Email: comercial.congresso@abpbrasil.org.br
Fone: (21) 2199-7500

Razão Social (EXPOSITOR):

	Estande nº
--	------------

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).

1 – Nome completo do inscrito:

--

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

--	--

Cargo:

--

2 - Nome completo do inscrito:

--

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

--	--

Cargo:

--

Secretaria Executiva
ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
Av. Pres. Wilson, 164 - 9º andar - Centro
20030-020 - Rio de Janeiro - RJ
Telefax: (21) 2199-7500 - Fax: (21) 2199-7501
E-mail: congresso@abpbrasil.org.br
Site: www.abp.org.br/congresso





Formulário 10 - CREDENCIAIS DE IMPRENSA

3 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

4 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

5 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

6 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

7 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

PRAZO: 27/09/11



XXIX Congresso
Brasileiro de
Psiquiatria
Acesso a Tratamento e Justiça Social
2 a 5 de novembro de 2011 • Rio de Janeiro

Formulário 11 – PLACA DE IDENTIFICAÇÃO MONTAGEM BÁSICA

Enviar para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Contato: Lucia Coelho - Email: comercial.congresso@abpbrasil.org.br
Fone: (21) 2199-7500

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 nº
--	------------

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.

Secretaria Executiva
ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
Av. Pres. Wilson, 164 - 9º andar - Centro
20030-020 - Rio de Janeiro - RJ
Telefax: (21) 2199-7500 - Fax: (21) 2199-7501
E-mail: congresso@abpbrasil.org.br
Site: www.abp.org.br/congresso

Promoção e Realização



Apoio



Afiliada à



PRAZO: 27/09/11



XXIX Congresso
Brasileiro de
Psiquiatria
Acesso a Tratamento e Justiça Social
2 a 5 de novembro de 2011 • Rio de Janeiro

Formulário 12 – REGISTRO DE ENTRADA E SAIDA DE MATERIAL

Enviar para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Contato: Lucia Coelho - Email: comercial.congresso@abpbrasil.org.br
Fone: (21) 2199-7500

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 RIOCENTRO.

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 email para ABP.
b) O Expositor poderá anexar cópia da nota fiscal dos produtos ao invés do preenchimento do formulário;
d) **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 nº
--	------------

Nome Fantasia: CNPJ (Obrigatório):

--	--

Endereço:

--

Número: CEP: Bairro:

--	--	--

Cidade: UF:

--	--

Fone: Fax: E-mail:

--	--	--

Responsável pela solicitação:

	Data:
--	-------

Assinatura:

Carimbo da empresa:

--	--

Secretaria Executiva
ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
Av. Pres. Wilson, 164 - 9º andar - Centro
20030-020 - Rio de Janeiro - RJ
Telefax: (21) 2199-7500 - Fax: (21) 2199-7501
E-mail: congresso@abpbrasil.org.br
Site: www.abp.org.br/congresso



Formulário 13 – AVALIAÇÃO TÉCNICA DO PROJETO ESPECIAL

Enviar para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Contato: Lucia Coelho - Email: comercial.congresso@abpbrasil.org.br
Fone: (21) 2199-7500
com cópia para Amanda analistaep@tecniprom.com.br

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

As Montadoras de Estandes Especiais serão obrigadas a apresentar :

1. Projeto arquitetônico contendo planta baixa e cortes;
2. Projeto elétrico e hidráulico;
3. ART (Atestado de Responsabilidade Técnica);
4. O projeto do estande deverá ser apresentado em um dos seguintes formatos:
 - Imagem (extensão.jpg ou.gif);
 - Arquivos do CorelDraw (extensão .cdr) vetor;
 - Arquivos do Autocad (extensão .dwg).

DEVERÃO 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, juntamente com os dados para contato;
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. Planta baixa com marcação dos pontos de elétrica e hidráulica;

DADOS DO EXPOSITOR

Expositor:	Estande nº
Responsável:	
Fone:	Celular:
Skype:	Nextel:
Email:	

DADOS MONTADORA

Empresa:	
Responsável Técnico:	
Fone:	Celular:
Skype:	Nextel:
Email:	

O envio do projeto para avaliação implicará no veto da montagem do estande por parte da montadora oficial e promotora, caso o mesmo 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:
-------	----------------------------------

PRAZO: 27/09/11



XXIX Congresso Brasileiro de Psiquiatria
Acesso a Tratamento e Justiça Social
2 a 5 de novembro de 2011 • Rio de Janeiro

Formulário 14 - TERMO DE RESPONSABILIDADE CONTRATAÇÃO DE VIGIA

Enviar para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Contato: Lucia Coelho - Email: comercial.congresso@abpbrasil.org.br
Fone: (21) 2199-7500

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 RIOCENTRO ou a terceiros pelos serviços de vigilância, contratados pela nossa empresa, relacionados nos **Formulário 7**, que estarão trabalhando durante a realização e desmontagem do **XXIX 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 RIOCENTRO, autoriza a ABP a cancelar **nosso credenciamento**.

Razão Social (**EXPOSITOR**):

	Estande nº
--	------------

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:
-------------	---------------------

Secretaria Executiva
ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria
Av. Pres. Wilson, 164 - 9º andar - Centro
20030-020 - Rio de Janeiro - RJ
Telefax: (21) 2199-7500 - Fax: (21) 2199-7501
E-mail: congresso@abpbrasil.org.br
Site: www.abp.org.br/congresso



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 caseira		0,8	
Cafeteira elétrica caseira comercial		4,5	
Freezer (horizontal ou vertical)		0,5	
Geladeira pequena/ frigobar		0,3	
Geladeira Média		0,5	
Refletor de 60w		0,06	
Refletor de 100w refletora		0,1	
Luminária dicróicas (halógena) – 55w		0,06	
Luminária/Lâmpada fluorescente de 20w com refletor		0,02	
Luminária/Lâmpada fluorescente de 40w com refletor		0,04	
Refletor HO (com reator) – 110w		0,14	
Luminária/Lâmpada incandescente de 100w		0,1	
Refletor HQI 150w		0,15	
Luminária/Lâmpada mista de 160w		0,16	
Luminária/Lâmpada mista de 250w		0,25	
Luminária/Lâmpada mista de 500w		0,5	
Refletor halógeno de 300w		0,3	
Refletor halógeno de 500w		0,5	
Refletores especiais de 1000w		1	
Aparelho de TV 29"		0,5	
Microcomputador linha PC (CPU + monitor)		0,5	
Impressora linha PC		0,25	
Forno microondas		1,2	
Forno elétrico 1000w		1	
Forno elétrico 2000w		2	
Forno elétrico 3000w		3	
Forno elétrico 4000w		4	
Tomada monofásica 220v		1	
Tomada trifásica 380v		10	
DVD		0,3	
Aparelhagem de Som		3,5	
TOTAL DE CONSUMO			