

FORMULÁRIO 1 - APRESENTAÇÃO DA MONTADORA

PRAZO: 10/09/2018

Enviar para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Contato: Lucia Coelho - Email: comercial@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 **XXXVI 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: 10/09/2018

Enviar para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Contato: Lucia Coelho - Email: comercial@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 Internacional de Convenções do Brasil - CICB** 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 **XXXVI 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 Internacional de Convenções do Brasil - CICB** 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: 10/09/2018

Enviar para:
 Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
 Contato: Lucia Coelho – E-mail: comercial@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 XXXVI 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\$ 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: 10/09/2018

Enviar o Formulário abaixo preenchido para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
 Contato: Lucia Coelho - Email: comercial@abp.org.br

Solicitamos providenciar as seguintes instalações para nosso estande no **XXXVI 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 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		0,08	
Refletor de 100w refletora		0,12	
Luminária dicrônicas (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 HQI 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 Plasma 42"		4	
TV Plasma 50"		6,2	
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 microondas		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: 10/09/2018

Enviar o Formulário abaixo preenchido para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
 Contato: Lucia Coelho - Email: comercial@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 8 - CREDENCIAIS DE EXPOSITORES
(INDÚSTRIA FARMACÊUTICA)
PRAZO: 20/09/2018

Enviar para:
 Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
 Contato: Lucia Coelho - Email: comercial@abp.org.br

ESTANDES M ²	QUANTIDADE
18 m ²	9 unidades
27 m ²	12 unidades
36 m ²	13 unidades
45 m ²	14 unidades
54 m ²	15 unidades
63 m ²	15 unidades
Acima de 63m ²	18 unidades

Cada credencial extra terá custo de R\$ 870,00 para todo evento e de R\$ 290,00 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):

	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 8 - CREDENCIAIS DE EXPOSITORES
(INDÚSTRIA FARMACÊUTICA)
PRAZO: 20/09/2018**

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)
PRAZO: 20/09/2018**

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: 20/09/2018**

13 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

14 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

15 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

16 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

17 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

18 - Nome completo do inscrito:

CPF (Preenchimento obrigatório):

Nome a ser impresso no crachá:

Cargo:

FORMULÁRIO 9 - CREDENCIAIS DE EXPOSITORES
(MONTAGEM BÁSICA)
PRAZO: 20/09/2018

Enviar para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Contato: Lucia Coelho - Email: comercial@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: 20/09/2018**

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 10 – PLACA DE IDENTIFICAÇÃO MONTAGEM BÁSICA

PRAZO: 10/09/2018

Enviar para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Contato: Lucia Coelho - Email: comercial@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: 20/09/2018

Enviar para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Contato: Lucia Coelho - Email: comercial@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 Internacional de Convenções do Brasil - CICB**

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 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: 10/09/2018

Enviar para:
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
Contato: Lucia Coelho – E-mail: comercial@abp.org.br
Contato Montadora: EM BREVE E-mail: EM BREVE

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

DADOS DO EXPOSITOR

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

DADOS MONTADORA

Empresa:	
Responsável Técnico:	
Fone:	Celular:
Email:	

Obrigatório o envio do projeto juntamente com o Formulário 13 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 TÉCNICAMENTE 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 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:
-------	----------------------------------

**FORMULÁRIO 13 – TERMO DE RESPONSABILIDADE
 CONTRATAÇÃO DE VIGIA
 PRAZO: 10/09/2018**

**Enviar para:
 Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
 Contato: Lucia Coelho - Email: comercial@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 Internacional de Convenções do Brasil - CICB** ou a terceiros pelos serviços de vigilância, contratados pela nossa empresa, relacionados nos **Formulário 7**, que estarão trabalhando durante a realização e desmontagem do **XXXVI 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 Internacional de Convenções do Brasil - CICB**, 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:

--	--