

**FORMULÁRIO 1 - APRESENTAÇÃO DA MONTADORA**  
**PRAZO: 27 de agosto de 2021**

Enviar para:  
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP  
Contato: Lucia Coelho - E-mail: 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 **XXXVIII 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"/>	<b>Estande n:</b>
----------------------	-------------------

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: 27 de agosto de 2021

Enviar para:  
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP  
Contato: Lucia Coelho - E-mail: 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 de Eventos FIERGS** 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 **XXXVIII 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 Eventos FIERGS** 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: 27 de agosto de 2021**

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 **XXXVIII 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 <sup>2</sup> )	Valor	Valor Total
		R\$ 75,00 p/ m <sup>2</sup>	
<b>VALOR TOTAL</b>			

**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: 27 de agosto de 2021**

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

Solicitamos providenciar as seguintes instalações para nosso estande no **XXXVIII 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 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 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 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	
<b>TOTAL DE CONSUMO</b>			

**FORMULÁRIO 5 – LOCALIZAÇÃO DE PONTO DE ENERGIA**  
**PRAZO: 27 de agosto de 2021**

Enviar para:  
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP  
Contato: Lucia Coelho - E-mail: 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 1m<sup>2</sup> (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: 27 de agosto de 2021

**Enviar para:**  
**Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP**  
**Contato: Lucia Coelho - E-mail: comercial@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: 27 de agosto de 2021**

Enviar para:  
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP  
Contato: Lucia Coelho - E-mail: comercial@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 **XXXVIII 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 7 - CREDENCIAIS DE SERVIÇO**  
**(GARÇONS, RECEPCIONISTAS, BUFFET, LIMPEZA E REPOSIÇÃO)**  
**PRAZO: 27 de agosto de 2021**

Nome	Função	CPF

Responsável pela solicitação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Carimbo da empresa: \_\_\_\_\_

**FORMULÁRIO 8 - CREDENCIAIS DE EXPOSITORES  
(INDÚSTRIA FARMACÊUTICA)**

**PRAZO: 27 de agosto de 2021**

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

Tamanho estande	Credenciais	Limite de pessoas no estande*
18m <sup>2</sup>	5	5
27m <sup>2</sup>	5	7
36m <sup>2</sup>	6	9
45m <sup>2</sup>	7	11
54m <sup>2</sup>	8	13
63m <sup>2</sup>	9	15
72m <sup>2</sup>	10	18
81m <sup>2</sup>	11	20

\*Limite de acordo com as regras vigentes em Porto alegre - 1 pessoa por 4m<sup>2</sup>

**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: 27 de agosto de 2021**

**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: 27 de agosto de 2021**

**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:

**FORMULÁRIO 9 - CREDENCIAIS DE EXPOSITORES  
(MONTAGEM BÁSICA)**

**PRAZO: 27 de agosto de 2021**

Enviar para:

Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP  
Contato: Lucia Coelho - E-mail: comercial@abp.org.br

ESTANDES M <sup>2</sup>	QUANTIDADE
6m <sup>2</sup>	3 unidades
9m <sup>2</sup> a 18m <sup>2</sup>	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: 27 de agosto de 2021**

**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: 27 de agosto de 2021**

Enviar para:  
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP  
Contato: Lucia Coelho - E-mail: 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: 27 de agosto de 2021

Enviar para:  
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP  
Contato: Lucia Coelho - E-mail: 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 de Eventos FIERGS**.

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: 27 de agosto de 2021

Enviar para:  
Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP  
Contato: Lucia Coelho – E-mail: [comercial@abp.org.br](mailto:comercial@abp.org.br)  
Contato aprovação do projeto: Roseli E-mail: [roselilucca@gmail.com](mailto:roselilucca@gmail.com) ou [roseli@globalprevencao.com.br](mailto:roseli@globalprevencao.com.br)

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

#### DADOS DO EXPOSITOR

Expositor:	Estande n <sup>o</sup>
Responsável:	
Fone:	Celular:
E-mail:	

#### DADOS MONTADORA

Empresa:	
Responsável Técnico:	
Fone:	Celular:
E-mail:	

**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. FORMULÁRIOS M1, M2 e M3 – Modelo do corpo de bombeiros
5. 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 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: 27 de agosto de 2021**

Enviar para:

**Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP**

**Contato: Lucia Coelho - E-mail: 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 de Eventos FIERGS** ou a terceiros pelos serviços de vigilância, contratados pela nossa empresa, relacionados nos **Formulário 7**, que estarão trabalhando durante a realização e desmontagem do **XXXVIII 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 Eventos FIERGS**, 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:

--	--