

**II CONGRESSO PIAUIENSE DE EDUCAÇÃO EM
ATENÇÃO EM SAÚDE
FICHA DE INSCRIÇÃO DO EVENTO**

INSCRIÇÃO Nº: _____

**DEPÓSITO NA CONTA : BANCO DO BRASIL Nº AGENCIA , ENVIADO PARA
O FAX (86) 3215-5885 OU PAGAMENTO NO ATO NA SALA DO NESP/UFPI.**

Dados Cadastrais

Nome:	
Nome para Crachá:	
Endereço:	
Fone: ()	Fax ()
E-mail:	
Profissão:	Área:
Instituição:	

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO: _____ INSCRIÇÃO Nº _____
Nome: _____

FICHA DE INSCRIÇÃO DA OFICINA - DEVERÁ TER INSCRIÇÃO NO CONGRESSO VAGAS LIMITADAS DE 40 INSCRITOS POR OFICINA VALOR ÚNICO : 80,00 O PREENCHIMENTO DAS VAGAS PARA AS OFICINAS OBECERÃO A ORDEM DE INSCRIÇÃO.

Dados Cadastrais

Nome:	
NOME DA OFICINA :	

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO: _____ INSCRIÇÃO Nº _____

Nome: _____