**FICHA DE INSCRIÇÃO ONLINE**

**PROGRAMAÇÃO REDUZIDA**

|  |
| --- |
| Nome completo:  |
| Logradouro: | No. | Compl. |
| Bairro: | Cidade: | Estado: |
| CEP: | Tel Celular: | Tel: |
| E.mail: | Repetir E.mail: |
| CPF: | Nome p/crachá: |
| Instituição de origem:  |
| Categoria |  Estudante (anexar comprovante) Associado da AUPPFProfissional |

**Valores**

|  |  |
| --- | --- |
| **Categoria** | **Valores** |
| Estudante \* | R$ 180,00 |
| Associado da AUPPF | R$ 280,00 |
| Profissional | R$ 320,00 |

**\*** Precisa anexar comprovante (certificado de matrícula em 2024)

Encaminhar o comprovante de pagamento e comprovante de matrícula (no caso de estudante) para o e.mail: **congressopsicopatologia2024@gmail.com**