

\* Preenchimento obrigatório.

Nome completo\*: \_\_\_\_\_

CPF\*: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ RG\*: \_\_\_\_\_ Data nasc.\*: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo\*: ( ) Masc. ( ) Fem.

Endereço\*: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Comp.: \_\_\_\_\_ Bairro\*: \_\_\_\_\_

Cidade\*: \_\_\_\_\_ UF\*: \_\_\_\_\_ CEP\*: \_\_\_\_\_ Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Fone Residencial\*: \_\_\_\_\_ Celular\*: \_\_\_\_\_ Fone Trabalho\*: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Possui alguma necessidade especial? ( ) Sim ( ) Não - Qual? \_\_\_\_\_

Já participou de algum evento do Instituto Conhecer? ( ) Sim ( ) Não - Qual? \_\_\_\_\_

\* Preenchimento obrigatório

Valor da inscrição: Preço válido até a data do evento

**R\$ 1.500,00**

Condições de pagamento:

Parcelamento em até 6x nos cartões:    

Depósito bancário, somente valor integral.

INFORMAÇÕES:

**Local do Evento:** Auditório do Bristol Easy Hotel - Praia de Itaparica (Rod. do Sol, 700 - Praia de Itaparica, Vila Velha - ES, 29102-020).

**A inscrição inclui:** participação em todo o programa do evento, coffee break, pasta, bloco-pergunta, caneta, crachá e certificado.

Obs.: 1) A inscrição é pessoal e intransferível.  
2) Não há devolução da taxa de inscrição.

#### PROCEDIMENTOS PARA A INSCRIÇÃO:

- Caso seja depósito bancário, enviar juntamente o comprovante de depósito (Conta Corrente: Caixa Econômica Federal Favorecido: **INSTITUTO CONHECER** - Agência: 1643 / Operação 003 / Conta 55339-9); **CNPJ: 17.681.574/0001-75** - para o e-mail **atendimento@maxima.art.br**
- Caso seja cartão de crédito, preencher os dados do cartão na ficha e enviar juntamente com a mesma, a cópia frente e verso do cartão e RG.

#### Forma de Pagamento escolhida:

( ) Depósito bancário (somente o valor integral) ( ) Cartão de débito (à vista) ( ) Cartão de crédito \_\_\_\_\_ vezes

#### Cartão de Crédito (preenchimento obrigatório):

( ) VISA ( ) MASTERCARD ( ) DINERS ( ) AMERICAN EXPRESS ( ) ELO ( ) CABAL

Nº do cartão \_\_\_\_\_ Data validade \_\_\_\_/\_\_\_\_(mês/ano)

Parcelas: \_\_\_\_\_ CVV \_\_\_\_\_ (3 últimos números impressos na tarja de assinatura no verso do cartão)

Nome do titular: \_\_\_\_\_ Tel. Celular: \_\_\_\_\_

RG (Titular do Cartão) \_\_\_\_\_ CPF (Titular do Cartão) \_\_\_\_\_

Assinatura igual à do cartão \_\_\_\_\_

Valor recolhido inscrição: R\$ **1.500,00**

DECLARO ESTAR CIENTE DAS INFORMAÇÕES SOBRE O EVENTO FORNECIDAS PELA ORGANIZAÇÃO EM

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2018

ASSINATURA DO CONGRESSISTA