



Local: Sala Prof. Dr. Fernando Gayotto Auditório do CEPEC-SP  
 End: Rua Morishigue Akagui, 51  
 Jd. Guedala/Morumbi – São Paulo/SP – Brasil

## Ciclo de Capacitação em Trissomia 21 (Síndrome de Down) -2019: Módulos I a V-

(55) (11) 3721-9175 (horário comercial)

[cursoespecializacao@sindromededown.com.br](mailto:cursoespecializacao@sindromededown.com.br)  
[www.sindromededown.com.br](http://www.sindromededown.com.br)

## FICHA DE INSCRIÇÃO

**ATENÇÃO:** Preencha esta ficha em Word + Cópia do comprovante de depósito/transferência + Certificado de Graduação Superior Área da Saúde e envie para o e-mail: [cursoespecializacao@sindromededown.com.br](mailto:cursoespecializacao@sindromededown.com.br) (aguardar confirmação)

### INVESTIMENTO POR MÓDULO

Ex-alunos do Curso de Especialização em Síndrome de Down.....R\$ 500,00  
 Demais interessados.....R\$ 1.000,00

### DESCONTO de 30%:

Sócios da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)  
 (com cópia da carteirinha)

### COMO SE INSCREVER:

♦ DEPÓSITO / TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA, SOMENTE **ATÉ 2 DIAS** ANTES DA DATA DO MÓDULO ESCOLHIDO **OU ENTRE EM CONTATO PARA VERIFICAR DISPONIBILIDADE.**

♦ DADOS BANCÁRIOS: BRADESCO (237) / AG: 2199-7 / CONTA: 33418-9 / NOME: ZAN MUSTACCHI EPP  
 CNPJ: 18.024.438/0001-75

♦ APÓS EFETUAR O PAGAMENTO ENVIAR PARA O E-MAIL [CURSOESPECIALIZACAO@SINDROMEDEDOWN.COM.BR](mailto:CURSOESPECIALIZACAO@SINDROMEDEDOWN.COM.BR) OS SEGUINTE DOCUMENTOS (E AGUARDAR CONFIRMAÇÃO):

- ✓ FICHA DE INSCRIÇÃO PREENCHIDA EM WORD;
- ✓ COMPROVANTE DE DEPÓSITO/TRANSFERÊNCIA;
- ✓ CERTIFICADO DE GRADUAÇÃO EM NÍVEL SUPERIOR NA ÁREA DA SAÚDE

♦ SOMENTE SERÃO CONSIDERADOS INSCRITOS AQUELES QUE ENVIAREM ESTA FICHA PREENCHIDA ACOMPANHADA DE TODOS OS DOCUMENTOS SOLICITADOS.

♦ DEPÓSITOS REALIZADOS EM CHEQUE OU DOC ESTARÃO CONDICIONADOS A COMPENSAÇÃO.

OBS: • Inscrição pessoal e intransferível; • **Não serão aceitos pedidos de devolução e de desconto diferentes dos descritos acima, nem inscrições via correio.**

Nome:	
E-mail:	
Profissão:	CPF:
Endereço:	
Bairro:	Cidade: UF: CEP:
Cel: ( )	Fone: ( )
<b>Inscrição:</b>	
<input type="checkbox"/> Ex-aluno do Curso de Especialização em Síndrome de Down, Turma do ano de _____ <input type="checkbox"/> Profissional Graduado em nível Superior na Área da Saúde <input type="checkbox"/> Sócio da SPSP ou SBP com carteirinha	
<b>Selecione o/s Módulo/s de sua inscrição:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Módulo II</b> - Datas: 13 e 14/07/19 - Nutrição Funcional na T21 <input type="checkbox"/> <b>Módulo III</b> - Datas: 03 e 04/08/19 - Atenção aos Sistemas Peculiares da T21 <input type="checkbox"/> <b>Módulo IV</b> - Datas: 07 e 08/09/19 - Habilitação Auditiva e da Escrita na T21 <input type="checkbox"/> <b>Módulo V</b> - Datas: 05 e 06/10/19 - Ortopedia Funcional, Fisioterapia e Odontologia da T21	
<i>As informações serão usadas única e exclusivamente para fins de organização interna e futuras divulgações de eventos do CEPEC-SP e do Curso de Especialização em Síndrome de Down (Trissomia 21) terceiros não terão acesso</i>	