



**ASBAI**

Associação Brasileira de  
Alergia e Imunologia

## **I WORKSHOP DE ALERGIA A MEDICAMENTOS EM CRIANÇAS**

Caro Associado da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia - ASBAI

Você está sendo convidado a participar do I Workshop de Alergia a Medicamentos em Crianças que será realizado no dia 7 de novembro de 2015 na sede da ASBAI.

Objetivo: Divulgar as reações alérgicas a medicamentos em crianças e melhorar o manejo atual de crianças com suspeita de hipersensibilidade a drogas.

Público alvo: Alergistas e imunologistas, dermatologistas, infectologistas, pediatras.

**Capacidade: 93 VAGAS.**

Atenção: as inscrições serão abertas a partir das 08h00 do dia 20 de outubro de 2015.

Não será considerada ficha enviada antes dessa data e horário.

A inscrição será efetivada de acordo com a ordem de recebimento e não será possível ultrapassarmos o limite de 93 vagas.

Os candidatos selecionados serão comunicados e em até 48h deverão realizar o pagamento da taxa de inscrição:

Valor:

R\$ 75,00 para residentes e pós-graduandos com comprovação

R\$ 100,00 para sócios quites da ASBAI

R\$ 100,00 para sócios SBP com comprovação

R\$ 125,00 para não sócios, sócio não quite.

Favor enviar a ficha de inscrição por e-mail para a ASBAI ([sbai@sbai.org.br](mailto:sbai@sbai.org.br)). Identificar a mensagem como Workshop de alergia a medicamentos em crianças.

Não serão considerados pedidos de inscrição sem contem em anexo no e-mail a ficha devidamente preenchida.

**NÃO HAVERÁ ESTACIONAMENTO NO LOCAL DO EVENTO.**

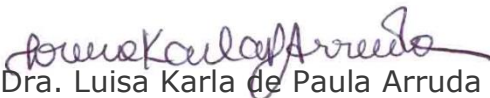
Atenciosamente,



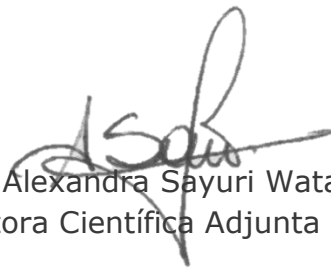
Dr. José Carlos Perini  
Presidente da ASBAI



Dra. Mara Morelo Rocha Felix  
Coordenadora da Comissão de Alergia a Drogas



Dra. Luisa Karla de Paula Arruda  
Diretora científica da ASBAI



Dra. Alexandra Sayuri Watanabe  
Diretora Científica Adjunta da ASBAI



# ASBAI

Associação Brasileira de  
Alergia e Imunologia

## FICHA DE INSCRIÇÃO

### I WORKSHOP DE ALERGIA A MEDICAMENTOS EM CRIANÇAS

Nome:.....

CRM:..... CPF:.....

Endereço:.....

.....CEP:.....Cidade:.....

Estado:.....Fone: (    ).....Celular (    ) .....

Email:.....

CATEGORIA:

(    ) RESIDENTE E PÓS GRADUANDO COM COMPROVAÇÃO

(    ) SÓCIO QUITE DA ASBAI

(    ) SÓCIO DA SPB COM COMPROVAÇÃO

(    ) NÃO SÓCIOS, SÓCIOS NÃO QUITES