



INSCRIÇÃO

Por favor, forneça os detalhes necessários no formulário abaixo para iniciar o processo de inscrição no ISCIPI.

1 DADOS PESSOAIS

* NOME:

* SOBRENOME:

* TELEFONE:

* CPF

* EMAIL:

* SENHA:

*** CONFIRMAÇÃO DE SENHA:***** CEP***** ENDEREÇO***** CIDADE***** PAÍS**

Select an option

**REGISTRO
PROFISSIONAL****ESPECIALIDADE****PRESCRITOR**☐ **SIM**☐ **NÃO****LOCAL DE TRABALHO****2****CATEGORIA DE INSCRIÇÃO****Médico****R\$ 940,00****Pós-graduando em Medicina****R\$ 720,00****Residente na área de saúde****R\$ 630,00****Graduando na área de saúde**

R\$ 300,00



Profissional de Saúde (não-médico)

R\$ 580,00

ENVIAR

Julho

10 e 11

2025

Quinta e Sexta

8h às 18h

Acesse o
**programa científico
completo**
aqui.

Centro de
Convencões

Rebouças

São Paulo,
Brasil

INSCREVA-SE

PATROCINADORES

AstraZeneca 

 **BLUE**
HEALTH

 **ESTERILIZA**
EXCELÊNCIA EM ESTERILIZAÇÃO

mindray



Edwards





Baxter



 **NOVARTIS**

TIMPEL



LINET

PHILIPS





ISCIP

**I SIMPÓSIO
INTERNACIONAL
DO PACIENTE
CRÍTICO**

EVENTO

PROGRAMA

PALESTRANTES

ACOMODAÇÕES

DÚVIDAS

CONTATO