**ABIS - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE INTEGRAÇÃO SENSORIAL**

Data: Sócio nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome:

Endereço:

CEP: Cidade: Estado:

Telefone Fixo Telefone Celular Operadora:

E-mail

Profissão

**HABILITAÇÃO ACADÊMICA**

Graduação em:

Instituição

Pós graduação:

Instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Certificação de Integração Sensorial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LOCAL DE TRABALHO** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Trabalha com Integração Sensorial? ( ) sim ( ) não

**SÓCIO**

( ) EFETIVO – Terapeutas Ocupacionais e Estudantes de Terapia Ocupacional

( ) NÃO EFETIVO – Outros profissionais.

( ) NÃO EFETIVO - Familiares.

( ) COLETIVO – Instituições.

**AUTORIZA O RECEBIMENTO DE MALA DIRETA?** ( ) sim ( ) não

**VALOR DA ANUIDADE 2019:** R$ 150,00.

O pagamento deverá ser feito por depósito bancário

**Itau**

**Ag 0285 CC 06761-7**

**CNPJ 21.989.113/0001-31**

e o comprovante enviado para nosso email

[integracaosensorialbrasil@gmail.com](mailto:integracaosensorialbrasil@gmail.com)