

**Inscrições:**

35 euros (inclui almoço, cafés e livro de resumos)

Enviar ficha de inscrição para o

e-mail: [pedpneumo@gmail.com](mailto:pedpneumo@gmail.com)

**Resumos:**

Arial 11, máximo 300 palavras.

O primeiro autor deve estar inscrito na reunião.

Data limite de envio: 1 de Maio de 2015

Existirão prémios para a melhor comunicação oral e melhor poster

**Organização:****Sociedade de Pneumologia Pediátrica**

Presidente: M Guilhermina Reis

Ana Ramos

Teresa Nunes

Rosário Ferreira

Teresa Reis Silva

**Comissão Organizadora Local**

Teresa Bandeira

Luísa Pereira

Rosário Ferreira

Ana Saianda

Elsa Santos

**Secretariado:**

Paula Belmonte

e-mail: [pedpneumo@gmail.com](mailto:pedpneumo@gmail.com)

**Sociedade de Pneumologia  
Pediátrica****Reunião de Casos  
Clínicos**

Hospital de Santa Maria - CHLN  
Anfiteatro Cid dos Santos  
29 de Maio de 2015

## Programa

|             |                                            |             |                                                                          |
|-------------|--------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 8h30        | Abertura do Secretariado                   | 14h00-15h00 | Apresentação de Casos Clínicos III                                       |
| 9h00-9h15   | Sessão de abertura                         |             |                                                                          |
| 9h15-10h30  | Apresentação de Casos Clínicos I           | 15h00-15h45 | Conferência: Pneumonia Aguda da Comunidade – Norma de orientação clínica |
| 10h30-11h00 | Café                                       | 15h45-16h00 | Café                                                                     |
| 11h00-11h45 | Conferência: Protocolo de Actuação na Asma | 16h00-17h15 | Apresentação de Casos Clínicos IV                                        |
| 11h45-13h00 | Apresentação de Casos Clínicos II          | 17h15-17h30 | Entrega de Prémios<br>Encerramento                                       |
| 13h00-14h00 | Almoço                                     |             |                                                                          |
|             | Simpósio Indústria Farmacêutica            |             |                                                                          |

## Ficha de Inscrição

Nome \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Telef: \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Local de Trabalho \_\_\_\_\_

Forma de Pagamento:

Numerário: \_\_\_\_ Cheque \_\_\_\_

Transferência bancária para o

NIB: 0032 0660 00209626323 07 \_\_\_\_

*(enviar comprovativo para o secretariado, indicando o nome)*

Recibo em nome de:

\_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_