|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO PARA AUXILIO À PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS** |
| **SOLICITANTE:** |
| **CURSO BENEFICIADO:** |
| **EMAIL DO SOLICITANTE:** |
| **TELEFONE DO SOLICITANTE:** |
| **NOME DO EVENTO:** |
| **DATA DO EVENTO:** |
| **LOCAL DE REALIZAÇÃO DO EVENTO:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RECURSOS FINANCEIROS** | | | |
|  | **QUANTIDADE** | **VALOR UNITÁRIO** | **VALOR TOTAL** |
| **INSCRIÇÃO DO EVENTO** |  |  |  |
| **TRANSPORTE**  **( ) Aéreo ( ) Terrestre**  **( ) Particular** |  |  |  |
| **HOSPEDAGEM** |  |  |  |
| **ALIMENTAÇÃO** |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

* Anexar documento que comprove a participação ao evento;
* Anexar material de divulgação do evento;
* Anexar cópia do trabalho/ artigo a ser apresentado no evento.

|  |  |
| --- | --- |
| **PARECER** | |
| **DEFERIDO**  **Jaqueline Aparecida Gurgacz Ferreira**  **Direção Geral** | **INDEFERIDO**  **Jaqueline Aparecida Gurgacz Ferreira**  **Direção Geral** | |

* Em caso de deferimento, após participação em evento preencher Anexo I.

**ANEXO I**

|  |  |
| --- | --- |
| **RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS** | |
| **NOME:** | |
| **CPF:** | **RG:** |
| **EVENTO PARTICIPADO:** | | |
| **DATA DO EVENTO:** | | |
| **APOIO CONCEDIDO** | | |
| **DATA:** | **VALOR: R$** | |
| **DESPESAS** | | |
| TRANSPORTE | R$ | |
| ALIMENTAÇÃO | R$ | |
| HOSPEDAGEM | R$ | |
| INSCRIÇÃO DO EVENTO | R$ | |
| OUTRAS DESPESAS | R$ | |
| **TOTAL** | **R$** | |
| **RESULTADO FINANCEIRO** | |
| ( ) REEMBOLSO PARA INSTITUIÇÃO  ( ) RESSARCIMENTO  ( ) APENAS PRESTAÇÃO DE CONTAS | R$ |

* Apresentar notas fiscais originais referentes aos gastos acima descritos
* Todas as notas fiscais devem ser nominal à HOSPITAL SÃO LUCAS DE CASCAVEL LTDA com CNPJ 76.080027/0001-01
* Apresentar comprovante de participação ou divulgar a participação, com fotografia, em site oficial da instituição.
* A prestação de contas deverá ser realizada no prazo de até 30 (trinta) dias após o término do evento.