|  |
| --- |
| **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.