|  |
| --- |
| 1. **DADOS DO EVENTO**
 |
| NÚMERO SIAF (PREENCHIMENTO FUNDMED) |  | Nº CONTA CORRENTE (PREENCHIMENTO FUNDMED) |  |
| NOME DO EVENTO |  |
| OBJETIVOSE METAS |  |
| PÚBLICO-ALVO (a quem se destina o evento?). | CARGA HORÁRIA |
|  |  |
| VÍNCULO INSTITUCIONAL DO EVENTO |

|  |  |
| --- | --- |
| Qual o vínculo institucional do evento?( ) HCPA ( ) UFRGS( ) UFCSPA( ) Outra: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Vínculo UFRGS – caso se aplique: ( ) PROPG  ( ) PROREXT  ( ) OUTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Vínculo Faculdade ou Serviço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nº ação de extensão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(CASO SEJA CADASTRADO NA PROREXT)Vigência da ação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |
| INSCRIÇÕES | Data de abertura das inscrições: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Valor de inscrição: Expectativa de inscritos:  |
| REALIZAÇÃO |

|  |  |
| --- | --- |
| Data de Início:Data final: Horário:  | Local do evento:( ) ONLINE( ) HCPA – Auditório José Baldi( ) HCPA – Anfiteatro Carlos César de Albuquerque( ) Outros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |
| 1. **DADOS DO COORDENADOR DO EVENTO**
 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Coordenador do projeto | Ordenador de despesas |
| Nome completo |   |  |
| CPF |  |  |
| E-mail |  |  |
| Telefone |  |  |
| Membro da Fundação  | ( ) Sim ( ) Não | ( ) Sim ( ) Não |
| Professor da UFRGS | ( ) Sim ( ) Não | ( ) Sim ( ) Não |
| Profissional do HCPA | ( ) Sim ( ) Não | ( ) Sim ( ) Não |
| Vinculado ao serviço |  |  |

 |
| 1. **CUSTEIO OPERACIONAL FUNDMED E REPASSES APOIADAS**
 |
| **Eventos com vínculo HCPA:**12% FUNDMED (1% doação para unidade de origem do coordenador)3% FIE (Fundo de Incentivo ao Ensino)Total de custo operacional: 15%**Eventos com vínculo UFRGS** (Anexar a cópia da ação de extensão aprovada)5% Eventos de ligas Acadêmicas ou consultar a tabela no site: <https://www.ufrgs.br/prorext/>**Demais apoiadas:** Conforme o acordo de cooperação. **Taxas bancárias:** Não estão incluídos no custo operacional os valores de manutenção de conta, boletos e taxas de cartão de crédito. |
| 1. **INDICAÇÃO DE POSSÍVEIS PATROCINADORES**
 |
|  |

O Coordenador do Evento, declara-se plenamente ciente e esclarecido que a FUNDMED não mantém nenhum seguro de responsabilidade civil para qualquer sinistro, demanda ou reclamação de terceiros, fornecedores e patrocinadores, razão pela qual quaisquer despesas ou custos, diretos ou indiretos, com a defesa, ressarcimento ou reembolso decorrentes destes, deverão ser satisfeitos pelos recursos próprios do evento e, na falta destes suportados por seu Coordenador.

Após o pagamento das despesas e entrega do fechamento financeiro do Evento, o coordenador conta com um prazo de **90 dias** para indicar o destino do saldo residual, podendo este ser utilizado para uma nova edição do Evento, transferência para projeto ativo na FUNDMED ou utilização da verba pelo serviço ou unidade correspondente.

**Assinatura do Coordenador do evento**

**Data: / /**