|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **DADOS DO SOLICITANTE** | | |
| **Nome:** **Área:**  **Telefone/ Ramal:** **E-mail:** | | |
| 1. **Coordenação Responsável (marcar a coordenação que autorizará o pedido)** | | |
| ***HCPA:***    DIRETOR PRESIDENTE    DIRETOR MÉDICO  DIRETOR ADMINISTRATIVO  DIRETORIA DE ENSINO  DIRETORIA DE PESQUISA  DIRETORIA DE ENFERMAGEM | ***UFRGS***  GABINETE REITOR  PROREXT  PROPESQ  UNIDADE ACADÊMICA:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ***OUTRAS INSTITUIÇÕES APOIADAS***    NOME DA INSTITUIÇÃO:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DEPARTAMENTO:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. **DESCRIÇÃO E OBJETIVO** | | |
| Informe de forma resumida o objetivo desta solicitação de apoio e patrocínio | | |
| 1. **FONTE DE RECEITAS** | | |
| *Haverá receita com inscrições?*  NÃO  SIM | *Aberto ao público externo?*  NÃO  SIM    *Se sim, nº máximo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |
| 1. **ESTIMATIVA DE CUSTOS** | | |
| Informe o custo estimado desta ação | | |
| 1. **OBSERVAÇÕES DO SOLICITANTE** | | |
|  | | |
| 1. **PRESTAÇÃO DE CONTAS** | | |
| O solicitante declara estar ciente da obrigatoriedade de entrega do Relatório de Prestação de Contas de Patrocínio e Apoio Institucional para a Coordenação de Estratégia e Negócios da FUNDMED após realização das atividades apoiadas. | | |
| 1. **DADOS DE CONTATO DO SOLICITANTE** | | |
| **NOME COMPLETO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ASSINATURA DO SOLICITANTE**  ***DE ACORDO Coordenação Responsável:***  Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **DATA:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_** | | |
| **APROVAÇÕES FUNDMED** | | |
| Aprovado por***:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***Observações:*** | | |