|  |
| --- |
| 1. **ÁREA SOLICITANTE** |
|  |
| 1. **Coordenação Responsável (dar um check na coordenação que autorizará o pedido)** |
| DIRETOR PRESIDENTE    DIRETOR MÉDICO  DIRETOR ADMINISTRATIVO  GENS  GPPG  GENF |
| 1. **DESCRIÇÃO** |
|  |
| 1. **QUANTIDADE** |
|  |
| 1. **ESTIMATIVA DE CUSTOS** |
|  |
| 1. **OBSERVAÇÕES DO SOLICITANTE** |
|  |
| 1. **OBSERVAÇÕES FUNDAÇÃO MÉDICA** |
|  |
| 1. **DADOS DE CONTATO DO SOLICITANTE** |
| **NOME COMPLETO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ASSINATURA DO SOLICITANTE**  DE ACORDO Coordenação Responsável:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **DATA:**  **CONTATO SETOR DE PROJETOS/EVENTOS/COMPRAS** - [eventosfundmed@hcpa.edu.br](mailto:eventosfundmed@hcpa.edu.br); compras.fmrs@hcpa.edu.br |