

**FORMULÁRIO PARA PATROCÍNIO DE ATIVIDADES DO
CENTRO DE ESTUDOS DO HOSPITAL 9 DE JULHO A SEUS
MEMBROS EFETIVOS E COLABORADORES**

Data da solicitação: __ / __ / __

Identificação do solicitante

| | | |
|----------------------|------|---------------|
| NOME: | | |
| PROFISSÃO: | | |
| SETOR/ESPECIALIDADE: | | RAMAL: |
| RG: | CPF: | DRT (ou CRM): |
| TELEFONE (contato): | | CELULAR: |
| E-MAIL: | | |

Informação sobre o evento

| |
|----------|
| NOME: |
| LOCAL: |
| PERÍODO: |

Patrocínio solicitado

| | |
|--|-------------------------|
| Confecção de slides () | Confecção de poster () |
| Publicação de trabalho científico, incluindo tradução de textos e análise estatística () | |
| Participação em eventos, reuniões científicas e cursos, incluindo transporte, hospedagem e inscrição () | |
| Participação em congresso no território nacional, incluindo transporte, hospedagem e inscrição () | |
| Participação em congresso no exterior, incluindo transporte, hospedagem e inscrição () | |
| Participação em congresso s/ apresentação de trabalho científico () | |
| Outros: | |
| Valor solicitado: | |

ANEXAR:

FOLDER DO EVENTO, RESUMO E ACEITE DO TRABALHO QUANDO FOR O CASO

ASSINATURA DO INTERESSADO

ASSINATURA DO CHEFE IMEDIATO/DIRETORIA CLÍNICA

Aplicabilidade no H9J:

Decisão final: () aprovado em __ / __ / __

() não aprovado. Motivo:
