

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE PARticipação e apoio EMC do CRM-PR**  ***\*\*Para a avaliação da Coordenação da EMC CRM-PR favor preencher, assinar, digitalizar e enviar para:*** [***eventos@crmpr.org.br***](mailto:eventos@crmpr.org.br) | |
| 1. **Nome do evento:** | |
| 1. **Entidade promotora:** | |
| 1. **Dados do organizador do evento**   Nome:  Cargo:  Celular:  E-mail:   * 1. **Nome do Responsável Técnico Médico pelo Evento** (IN 2321/2022 CFM)   ***\*\**** *antes do preenchimento ler atentamente o teor da IN:* [*https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2321*](https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2321)  Nome:  Nº CRMPR: | |
| 1. **Objetivo Evento:** | |
| 1. **Publico alvo:** | |
| 1. **Data**   início:  término: | |
| 1. **Horário**   início:  término: | |
| 1. **Local/endereço do evento:** | |
| 1. **Quantidade estimada de participantes:** | |
| 1. **Programação ou Pré-programação** *(inserir o conteúdo com horários, temas e palestrantes)* | |
| 1. **Inscrições:** *(indicar como proceder para se inscrever)* | |
| 1. **Haverá cobrança de taxa de inscrição?** ( ) sim ( ) não   ***Se sim,*** *indicar o valor que será cobrado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |
| 1. **Haverá patrocínio?** ( ) sim ( ) não   **Se sim**, *citar nome e CNPJ das empresas* | |
| 1. **Haverá propaganda?** ( ) sim ( ) não.   ***Se sim,*** *enviar material (flyer, folder, cartazes, etc..) para aprovação do teor pela Coordenação da EMC CRM-PR* | |
| 1. **Apoio e/ou Participação** *(assinalar o desejado)*   **( ) Mídias**  ( ) Logo CRM-PR  ( ) Divulgação do evento no site do CRM-PR  **( ) Palestrante(s)**  Sugestão de palestrante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ou    ( ) Designado pela EMC CRM-PR  Especificar a Atividade de participação (Exemplo: aula, palestra, mesa de debate, painel, etc..):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tema(s)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    **( ) Atividades**  ( ) Julgamento Simulado  ( ) Composição de Mesa de Abertura (*Não sendo possível a participação do Senhor Presidente do CRM-PR, será*  *designado Conselheiro substituto)* |
| 1. **Outras observações que julgar necessário** |
| 1. **Termo de Solicitação**   **( ) Declaro que as informações contidas neste Formulário são legítimas.**  **Nome:**  **Assinatura:**  ***\*\* Obs.: Não se esqueça de assinar, digitalizar e enviar o formulário para:*** [***eventos@crmpr.org.br***](mailto:eventos@crmpr.org.br) |
| 1. **Para preenchimento CRM-PR**   **Deferimento**  **( ) SIM ( ) NÃO**  **Data: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**  **Visto do Conselheiro(a) Gestor(a) do DEVEN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |