



CÂMARA MUNICIPAL DE POUSO ALEGRE
Estado de Minas Gerais

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE USO DO AUDITÓRIO

ENTIDADE PROMOTORA
DO EVENTO:

Nome: MEDICINA INTEGRAL LTDA	CNPJ: 13.055.929/0001-60
Endereço: RUA CIOMARA AMARAL DE PAULA, N°78, BAIRRO ALFREDO CUSTODIO DE PAULA	
Telefone(s): (35) 99927-0266	
Entidade Integrante da Administração Pública <input type="checkbox"/>	Entidade Privada <input checked="" type="checkbox"/>

RESPONSÁVEL:

Nome: TATIANE CREPALDI DOS ANJOS	CPF: 221.106.018-84
ENDEREÇO: CHACREAMENTO SANTO AFONSO, 99999CH, AREA RUAL	
Telefone(s): (35) 99927-0266	

DESCRIÇÃO DO
EVENTO:

AULA DE HIPODERMÓCLISE PARA EQUIPE MULTIDICPLINAR NO ATENDIMENTO DOMICILIAR DE PACIENTES ACAMADOS E TRATAMENTO PÓS COVID.

DATA DO EVENTO:

N° DE PARTICIPANTES:

HORÁRIO DE INÍCIO:

HORÁRIO DE TÉRMINO:

Há necessidade de montagem/desmontagem de equipamentos?

S	N
---	---

Montagem:

hs

Desmontagem:

hs

EQUIPAMENTOS:

Notebook

Telão

Projektor

Kit de Áudio*

*Caixas de som, 2 microfones sem fio, mesa de áudio.

TATIANE CREPALDI DOS ANJOS

31/08 / 2021

Data da Solicitação

Assinatura do Requisitante