



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE USO DO AUDITÓRIO DR. AMARAL DE MATOS

1. Dados do Solicitante:

Nome do Solicitante:
Cargo/Função:
Departamento/Setor:
Telefone:
E-mail:

2. Informações do Evento:

Nome do Evento:
Descrição do Evento: (Breve descrição sobre o objetivo e público-alvo)
Data e Horário do Evento:
Data:
Início:
Término:
Quantidade de Participantes:
Evento é gratuito? () Sim () Não

3. Infraestrutura Necessária:

- **Equipamentos Audiovisuais: (Marque o necessário)**
 - () **Projeter multimídia**
 - () **Microfones**
 - () **Sistema de som**
 - () **Ponto de internet**
 - () **Mesas de trabalho**
 - () **Outro:** _____

4. Apoio Logístico (se aplicável):

- **Necessidade de Coffee Break: () Sim () Não**
 - **Horário do Coffee Break:** _____
- **Outras Necessidades Especiais:** _____



CRM-MA
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO MARANHÃO

5. Responsável pelo Evento:

Nome:

Telefone:

E-mail:

Este requerimento pode ser protocolado pessoalmente na Sede do CRM-MA em São Luís ou em uma de nossas Delegacias Regionais no interior do estado ou ainda digitalizado e encaminhado para o endereço de e-mail: PROTOCOLO@CRMMA.ORG.BR