

Comentários

- 1- Serão aceitos somente documentos devidamente preenchidos.
- 2- As assinaturas serão coletadas eletronicamente através do DocuSign.

Número do Projeto: _____ ** campo preenchido pela FEALQ*

Título do Livro:

Objetivo

Palavras-chave

Entidades Financiadoras (se aplicável):

CNPJ: _____ Valor (R\$): _____

* Preencher Formulário de Cadastro de Parceiro de Negócio

Outras Instituições Participantes

| Nome: | CNPJ / CPF | Valor (R\$) |
|-------|------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Dados do Coordenador

| Nome Completo | CPF | Telefone | E-mail |
|---------------|-----|----------|--------|
| | | | |



Comentários

- 1- Serão aceitos somente documentos devidamente preenchidos.
- 2- As assinaturas serão coletadas eletronicamente através do DocuSign.

Dados dos Coordenadores Secundários/Participantes

| Nome Completo | CPF | Telefone | E-mail |
|---------------|-----|----------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Informações Adicionais

Manifestação do Departamento de _____

- () Este Evento inclusive a participação do Coordenador e/ou Docentes deste Departamento, foi aprovado pelo Conselho do Departamento em _____. Ao Departamento compete a verificação das normas legais vigentes na USP e no Brasil, relacionados com o objeto deste evento.
- () Aprovo este Evento inclusive a participação do Coordenador e demais Docentes deste Departamento, "ad referendum" do Conselho de Departamento, para início de sua tramitação.

=> O Departamento referido isenta da taxa que lhe cabe em prol do evento? () SIM () NÃO

Assinatura Chefe do Departamento_____
Coordenador Responsável**Orientações:**

- 1. No caso de dúvidas quanto ao preenchimento deste formulário, contatar editora@fealq.com.br

