



**SIMED·TO**  
SINDICATO DOS MÉDICOS NO ESTADO DO TOCANTINS

## AUDITÓRIO

### REQUISIÇÃO / TERMO DE RESPONSABILIDADE

NOME: \_\_\_\_\_

CRM N° \_\_\_\_\_

Venho por meio desta solicitar a cessão de uso do auditório do Simed para o dia

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_ h às \_\_\_\_ h,

para realização do seguinte evento:

\_\_\_\_\_

Como associado responsável, estou ciente dos meus deveres e obrigações conforme consta:

- Respeitar o horário para utilização;
- Zelar por todos os materiais e acessórios que estiverem à disposição para uso;
- Respeitar o contingente de pessoas que cabem no recinto;

Neste ato, o signatário declara estar ciente de que o espaço somente é disponibilizado para assuntos restritos à educação médico-científica e reuniões de interesse da categoria médica, ficando vedado o uso para qualquer outra finalidade que não seja o concedido pelo Conselho Diretor.

O signatário também se responsabiliza pelos danos causados e fica obrigado a registrar imediatamente ocorrências.

Palmas/TO, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura