

## RELATÓRIO DE INSCRITOS NO EVENTO PRESENCIAL

PROGRAMA DE DST AIDS

Data do evento: 01/09/2018

Horário: 09:00 às 09:40

Sala: F-102

Vagas: 80

Responsável: Gilmar Carlos

Atividade: Introdução e um pouco da nossa história

	CPF	CÓDIGO FUN	NOME COMPLETO	UNIDADE DE TRABALHO	PARTICIPAÇÃO
1	23008385087	NF	ADRIANA DE SOUZA VIEIRA DA SILVA	HMCA - HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HS	AUSENTE
2	13323121015	NF	MARIA EDUARDA VIEIRA DA SILVA	RS SÃO JOÃO/BONSUCESSO - SEDE - III	AUSENTE