|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Dados do projeto** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Projeto:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **SIAF Nº:** | | | | | |  | |
| **Coordenador (a):** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **GPPG Nº:** | | | | | |  | |
| 1. **Dados do bolsista** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome completo:** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | **CPF Nº:** | | | | | |  | | | | | | |
| **Endereço Residencial:** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Telefone para contato:** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | **Email:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Banco:** | | | | | |  | | | | | | | | **Agência:** | | | |  | | | | | | | | **Conta Corrente:** | | | | | | | | |  | | | | |
| 1. **Vínculo Institucional – Assinale com um "X".** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.1 HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | PROFESSOR MEMBRO DO CORPO CLÍNICO; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | ENFERMEIRO CONTRATADO; | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | PROFESSOR MEMBRO DO CORPO ASSISTENCIAL; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | ESTAGIÁRIO; | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | FUNCIONÁRIO; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | MONITOR EXTERNO; | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | MÉDICO CONTRATADO; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | ALUNO PICCAP; | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | MÉDICO RESIDENTE; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | PESQUISADOR SEM REMUNERAÇÃO. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.2 UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | ESTUDANTE; | | | | | | | | | | | | |  | | PROFESSOR; | | | | | | | | | | |  | | TÉCNICO ADMINISTRATIVO. | | | | | | | | | |
| **3.3 Outras Instituições:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | FAPA; | | | | | | |  | | | | FEEVALE; | | | |  | IPA; | | | | | |  | | | | | | | | | PUCRS; | | | |  | | UFCSPA; |
|  | | UNIRITTER. | | | | | | |  | | | | UNISINOS; | | | |  | OUTRA. Qual? | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | Não possuo nenhum vínculo com o setor Público | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Enquadramento da solicitação** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vigência:** | | | | | | |  | | | | | | | | Até | | |  | | | | | | | **Valor Bruto:** | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Solicitou apoio de outra instituição?** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | **Sim** | | | | | | | | | |  | | | | **Não** | | | | | |
| **É bolsista de outra instituição?** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | **Sim** | | | | | | | | | |  | | | | **Não** | | | | | |
| **É bolsista de algum outro projeto?** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | **Sim** | | | | | | | | | |  | | | | **Não** | | | | | |
| 1. **Modalidades de bolsas de pesquisas** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | PRODUTIVIDADE EM PESQUISA (PP) | | | | | | | | | | | | | | | DOUTORADO CONCLUÍDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | PESQUISADOR VISITANTE (PV) | | | | | | | | | | | | | | | DOUTORADO CONCLUÍDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | INICIAÇÃO CIENTÍFICA (IC) | | | | | | | | | | | | | | | EM GRADUAÇÃO DE ÁREA AFIM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | FORMAÇÃO EM PESQUISA (FP) | | | | | | | | | | | | | | | MESTRADO - EM FORMAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | MESTRADO - CONCLUÍDO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | DOUTORADO - EM FORMAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | APOIO TÉCNICO (AT) | | | | | | | | | | | | | | | ENSINO MÉDIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | GRADUAÇÃO COMPLETA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lembretes:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Encaminhar esta solicitação antes do início das atividades. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Para contratação no próprio mês de solicitação, encaminhar até o dia 10. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Autorização prévia Fundmed. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Assinaturas:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Coordenador (a):** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | **Bolsista:** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Data:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |