|  |
| --- |
| 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:** |  |