|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Tipo de Solicitação** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Implementação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Renovação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Dados do projeto** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Projeto:** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **SIAF nº:** | | | | | | | |  | | | | |
| **Coordenador (a):** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **GPPG nº:** | | | | | | | |  | | | | |
| 1. **Dados do(a) bolsista** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome completo:** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Estado Civil** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CPF nº:** | | | | | | | |  | | | | | | | **RG nº:** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | **PIS/PASEP nº:** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **Nacionalidade:** | | | | | | | |  | | | | | | | **Naturalidade:** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | **Data Nascimento:** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| * 1. **Endereço residencial** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Rua/Av.:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Nº:** | | | |  | | | | | | | | | | **Complemento** | | | | | | | | |  |
| **Bairro:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Cidade:** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **UF:** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **CEP:** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| * 1. **Telefones para contato** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Celular:** | | | | | | | | | | | |  | | | | | **Comercial:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | **Residencial:** | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| * 1. **E-mail (para o qual será feito o envio do Termo de Compromisso para assinatura virtual):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.4 Dados bancários** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Banco:** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | **Agência:** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Conta Corrente:** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | **Dígito da Conta:** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. **Declaração de recolhimento do INSS por outra fonte** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Já recolhe (enviar declaração):** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | **Não recolhe:** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. **Vínculo institucional – Assinale com um "X".** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.1 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.2 UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Estudante | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | Professor(a) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Técnico Administrativo | | | | | | | | | | | | | |
| **4.3 Outras Instituições:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | FAPA | | |  | | | | | | FEEVALE | | | | | |  | | | | | | | IPA | | | | | | |  | | | | | | | PUCRS | | | | | | | |  | | | | | | UFCSPA | |
|  | | | | UNIRITTER. | | |  | | | | | | UNISINOS | | | | | |  | | | | | | | Outra. Qual? | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | Não possuo vínculo com o setor público. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Local de realização das atividades do bolsista** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Local (Ex.: HCPA, UFRGS)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Unidade (Departamento ou serviço):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Telefone:** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | **Ramal:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cidade:** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | **País** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | **UF** | | |  | | |
| 1. **Enquadramento da solicitação** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vigência da Bolsa de Pesquisa:** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | 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 bolsa de pesquisa** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Produtividades em Pesquisa (PP) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Doutorado - Concluído | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Pesquisador Visitante (PV) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Doutorado - Concluído | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Iniciação Científica (IC) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Em Graduação de área afim - Cursando | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Formação em Pesquisa (FP) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Mestrado - Cursando | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Mestrado - Concluído | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Doutorado - cursando | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Apoio Técnico (AT) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ensino Médio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Graduação - Concluída | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lembretes** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * A documentação pessoal e este formulário deverão ser enviados através do e-mail [rh@fundmed.org.br](mailto:rh@fundmed.org.br) antes do início das atividades do(a) bolsista de pesquisa até no máximo dia 15. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Documentação Pessoal:**   * Comprovante de matrícula do semestre atual (somente para estudantes); * Diploma de graduação; * Diploma de mestrado (se houver); * Diploma de doutorado (se houver); * Currículo Lattes atualizado dos últimos 3 meses; * Documento de identidade com RG e CPF; * Comprovante de residência atualizado em nome do bolsista (água, luz ou telefone fixo) - não possuindo em seu nome o titular deverá assinar uma declaração informando que o bolsista reside no endereço do comprovante. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PLANO DE ATIVIDADES** | | |
| **Objeto do estudo** | | |
|  | | |
| **Descrição das atividades do bolsista** | | |
| 1 |  | |
| 2 |  | |
| 3 |  | |
| 4 |  | |
| 5 |  | |
| 6 |  | |
| 7 |  | |
| 8 |  | |
| 9 |  | |
| 10 |  | |
| **Assinaturas:** | | |
| Coordenador do Projeto: | | Bolsista de Pesquisa: |
| **Data:** | | |
| Cidade, dia de mês de 2021. | | |