|  |
| --- |
| 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 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. |