|  |
| --- |
| **1. Tipo de Solicitação** |
|[ ]  Implementação |[ ]  Renovação |
| **2. Vinculação da Bolsa** |
|[ ]  Linha de Pesquisa |[ ]  Projeto |
| **Nome do Projeto:** |   | **SAGI nº:** |   |
| **Coordenador (a/as/es):** |   | **DIPE nº:** |   |
| **3. Dados do(a) bolsista** |
| **Nome completo:** |   | **Estado Civil:** |   |
| **CPF nº:** |   | **RG nº:** |   | **PIS/PASEP nº:** |   |
| **Nacionalidade:** |   | **Naturalidade:** |   | **Data Nascimento:** |   |
| **3.1. Endereço residencial** |
| **Rua/Av.:** |   | **Nº:** |   | **Complemento** |   |
| **Bairro:** |   | **Cidade:** |   |
| **UF:** |   | **CEP:** |   |
| **3.2. Telefones para contato** |
| **Celular:** |   | **Comercial:** |   | **Residencial:** |   |
| **3.3. E-mail (para o qual será feito o envio do Termo de Compromisso para assinatura virtual):** |
|   |
| **3.4. Dados bancários** |
| **Banco:** |   | **Agência:** |   |
| **Conta Corrente:** |   | **Dígito da Conta:** |   |
| **3.5. Declaração de recolhimento do INSS por outra fonte** |
| **Já recolhe (enviar declaração):** |[ ]  **Não recolhe:** |[ ]
| **4. Vínculo institucional (conforme regulamento do HCPA)** |
|[ ]  colaboradores ativos do HCPA que não estejam em afastamento ou no gozo de licença |[ ]  colaboradores com vínculo regimental |
|[ ]  colaboradores aposentados do HCPA |[ ]  discentes regularmente matriculados |
|[ ]  profissionais vinculados a cursos de pós-graduação stricto sensu e lato sensu do HCPA |
| **5. Vínculo Funcional com o Setor Público (Órgãos Públicos, Autarquias, Empresas e/ou Fundações Públicas, etc.)** |
|[ ]  Não possuo. |[ ]  Possuo. Qual? |   |
| **OBS.:** Caso possua vínculo funcional ativo, como servidor ou contratado, junto ao HCPA, UFRGS, UFSCPA ou demais Instituições Federais de Ensino (IFEs) apoiadas pela FundMed, **é obrigatória a emissão da** **Declaração de Ciência**, conforme item 9.2. deste Formulário. |
| **6. Local de realização das atividades do bolsista** |
| **Local (Ex.: CPC, CPE, etc..)** |   |
| **Unidade (Departamento ou Serviço):** |   |
| **Telefone:** |   | **Ramal:** |   |
| **7. Enquadramento da solicitação** |
| **Vigência da Bolsa de Pesquisa:** | [inserir data] | até | [inserir data] | **Valor Bruto:**  |  |
| **OBS.:** Em cumprimento ao disposto no art. 7°, § 4°, do Decreto n° 7.423/10, que regulamenta a Lei n° 8.958/94, informamos que a soma do valor percebido como remuneração, retribuições e bolsas, em qualquer hipótese, incluindo, entre outros, bolsas de ensino, pesquisa, extensão e de estímulo à inovação, salário de Professor(a), servidor(a), aposentadoria do INSS, não poderá **exceder ao limite do maior valor recebido pelo funcionalismo público federal, nos termos do art. 37, XI, da Constituição da República Federativa do Brasil,** hipótese em que estará a mesma autorizada legalmente a suspender, cancelar ou realizar pagamento parcial da bolsa. |
| **8. Modalidades de bolsa de pesquisa (conforme regulamento do HCPA)**(o valor máximo de cada modalidade de bolsa consta na Norma de Concessão de Bolsas do HCPA, págs. 11-12, e está disponível no link: <https://www.hcpa.edu.br/downloads/regulamento_para_concessao_de_bolsas_no_hcpa.pdf>)  |
|[ ]  A3 – Pesquisador/Extensionista | Ensino médio concluído |
|[ ]  P7 – Colaborador, Pesquisador/Extensionista | Ensino superior em andamento |
|[ ]  P6 – Colaborador, Pesquisador/Extensionista | Ensino superior concluído |
|[ ]  P5 – Colaborador, Pesquisador/Extensionista | Mestrado ou Doutorado concluído |
|[ ]  P4 – Pós-Doutorado Júnior | Doutor há menos de cinco anos |
|[ ]  P3 – Pós-Doutorado Sênior | Doutor há mais de cinco anos |
|[ ]  P2 – Colaborador Pesquisador/Extensionista Doutor | Pesquisador com trajetória acadêmica equivalente à de Professor Adjunto ou Associado em Universidades |
|[ ]  P1 – Colaborador Pesquisador/Extensionista Sênior | Pesquisador com trajetória acadêmica equivalente à de Professor Titular em Universidades, ou com Notório Saber |
|  |
|  |
| **9. Lembretes** |
| * **A documentação pessoal, institucional e este formulário deverão ser enviados através do e-mail** [**rh@fundmed.org.br**](file:///C%3A%5CUsers%5Cfundmed%5CDownloads%5Crh%40fundmed.org.br)**, até o dia 15 do mês em que o bolsista iniciar suas atividades.**
 |
| **9.1. Documentação Pessoal:*** Comprovante de matrícula do semestre atual (somente para estudantes);
* Diploma de graduação (se houver);
* 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; e
* Caso recolha INSS através de outra instituição: Contracheque ou Declaração de Recolhimento de INSS.
 |
| **9.2. Documentação Institucional:*** Caso possua vínculo funcional ativo, como servidor ou contratado, junto ao HCPA, UFRGS, UFSCPA ou demais Instituições Federais de Ensino (IFEs) apoiadas pela FundMed, enviar Declaração de Ciência (conforme modelo anexo ou disponível no site da FundMed).
 |
| **9.3. Vinculação da bolsa a múltiplos projetos:*** Nas hipóteses em que houver a vinculação do bolsista a uma linha de projetos através do TERMO DE COMPROMISSO DE PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS DE ENSINO, PESQUISA OU EXTENSÃO MEDIANTE CONCESSÃO DE BOLSA, o bolsista vincular-se-á a todos os projetos da linha de pesquisa dos Coordenadores indicados no Item 2, servindo, o projeto indicado neste formulário como primeiro projeto financiador da bolsa.
 |
| **10. PLANO DE ATIVIDADES** |
| **10.1. Objeto do estudo** |
|   |
| **10.2. Descrição das atividades do bolsista** |
|[ ]  Participação no desenho/desenvolvimento do protocolo de pesquisa; |
|[ ]  Supervisão geral da execução do protocolo de pesquisa; |
| [ ]  | Avaliação dos requisitos de inclusão/exclusão dos sujeitos de pesquisa de acordo com o protocolo; |
|[ ]  Interação com patrocinador e preenchimento de formulários eletrônicos exclusivos da pesquisa; |
|[ ]  Fornecimento de informações/esclarecimento ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP; |
|[ ]  Integração com colaboradores internacionais e/ou outros centros de pesquisa relacionados ao protocolo; |
|[ ]  Atualização da revisão da literatura referente ao assunto do projeto; |
|[ ]  Interpretação dos resultados da avaliação clínica dos sujeitos de pesquisa no contexto do protocolo de pesquisa; |
|[ ]  Análise de dados e avaliação dos benefícios/riscos da intervenção nas diferentes fases do protocolo de pesquisa; |
| [ ]  | Auxílio na escrita do relatório cientifico do projeto de pesquisa; |
|[ ]  Preparação de materiais do estudo para visitas de monitoria e/ou envio; |
|[ ]  Acompanhamento de monitorias presenciais;  |
|[ ]  Orientações e aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE; e |
|[ ]  Coordenar, submeter e/ou acompanhar a redação de artigo científico em periódico. |
| Outras: |
|[ ]    |
|[ ]    |
|[ ]    |
| **Assinaturas:** |
| Coordenador do Projeto: | Bolsista de Pesquisa: |
| **Data:** |
| [cidade], [dia] de [mês] de 2023. |