**Formulário para Implementação/Renovação de Bolsa de Pesquisa HCPA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Tipo de Solicitação** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Implementação | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Renovação | | | | | | | | |
| **2. Vinculação da Bolsa** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Linha de Pesquisa | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Projeto | | | | | | | | |
| **3. Dados do projeto** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome do Projeto:** | | | | Preencher com o nome do projeto | | | | | | | | | | | | | | | | | | **SAGI nº** | | | | Nº | | | | |
| **Coordenador (a/as/es):** | | | | Preencher com o nome do coordenador | | | | | | | | | | | | | | | | | | **DIPE nº** | | | | Nº | | | | |
| **4. Dados do(a) bolsista** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome completo:** | | | | Nome completo do bolsista | | | | | | | | | | | | **Estado Civil:** | | | | | | Estado civil do bolsista | | | | | | | | |
| **CPF nº:** | | | | Nº do CPF | | | | | | **RG nº:** | | | | | | Nº do RG | | | | | | **PIS/PASEP nº:** | | | | | | | | Nº do PIS |
| **Nacionalidade:** | | | | Nacionalidade bolsista | | | | | | **Naturalidade:** | | | | | | Naturalidade do bolsista | | | | | | **Data Nascimento:** | | | | | | | | Data de nascimento |
| **4.1. Endereço residencial** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Rua/Av.:** | | | Preencher com o endereço do bolsista | | | | | | | | | | | | | **Nº:** | | | Nº | | | | **Complemento** | | | | | | Complemento | |
| **Bairro:** | | | Preencher com o bairro do bolsista | | | | | | | | | | | | | **Cidade:** | | | | | | | Preencher com a cidade do bolsista | | | | | | | |
| **UF:** | | | Preencher com a UF do bolsista | | | | | | | | | | | | | **CEP:** | | | | | | | Preencher com CEP do bolsista | | | | | | | |
| **4.2. Telefones para contato** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Celular:** | | | | | | | | Nº | | | **Comercial:** | | | | | Nº | | | | | | **Residencial:** | | | | | | Nº | | |
| **4.3. E-mail (para o qual será feito o envio do Termo de Compromisso para assinatura virtual):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail do bolsista | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.4. Dados bancários** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Banco:** | | | | | | | | | Nome do Banco | | | | | | | | **Agência:** | | | | | | | | Nº da agencia com digito | | | | | |
| **Conta Corrente:** | | | | | | | | | Nº da conta | | | | | | | | **Dígito da Conta:** | | | | | | | | Dígito da conta (se houver) | | | | | |
| **4.5. Declaração de recolhimento do INSS por outra fonte** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Já recolhe (enviar declaração):** | | | | | | | | |  | | | | | | | | **Não recolhe:** | | | | | | | |  | | | | | |
| **5. Vínculo institucional** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Empregados ativos do HCPA | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Profissionais/pesquisadores externos | | | | | | | | |
|  | Professores da UFRGS | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Discentes regularmente matriculados | | | | | | | | |
|  | Profissionais vinculados a cursos do HCPA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Vínculo Funcional com o Setor Público (Órgãos Públicos, Autarquias, Empresas e/ou Fundações Públicas, etc.)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Não possuo. | | |  | | | | | Possuo. Qual? | | | | Preencher com o nome da instituição | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7. Local de realização das atividades do bolsista** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Local (Ex.: CPC, CPE, etc..)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | Local de realização das atividades | | | | | | | | | | | | |
| **Unidade (Departamento ou Serviço):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | Unidade ou departamento | | | | | | | | | | | | |
| **Telefone:** | | | | | | Nº | | | | | | | | **Ramal:** | | | | | | Nº | | | | | | | | | | |
| **8. Enquadramento da solicitação** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vigência da Bolsa de Pesquisa:** | | | | | | | Início da vigência | | | | | até | | Fim da vigência | | | | | | | **Valor Bruto:** | | | | | | Preencher com valor | | | |
| **É bolsista de algum outro projeto?** | | | | | | | | | | | | |  | | | Sim | | | | | |  | | Não | | | | | | |
| **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. 13-14, e está disponível no link: [03. Regulamento de Concessão de Bolsas Hospital de Clinicas de Porto Alegresas\_no\_hcpa\_dez23-1.pdf](file:///C:\Users\fundmed\Downloads\03.%20Regulamento%20de%20Concessão%20de%20Bolsas%20Hospital%20de%20Clinicas%20de%20Porto%20Alegresas_no_hcpa_dez23-1.pdf)) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | A5 – 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:\Users\fundmed\Downloads\rh@fundmed.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); * 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 a alguma das Instituições Apoiadas pela FundMed (ex.: HCPA, UFRGS, UFSCPA, etc.) será necessário enviar a Declaração de Ciência que formaliza a sua autorização para atuar nos projetos (conforme modelo anexo). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10. PLANO DE ATIVIDADES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10.1. Objeto do estudo** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descrever o 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/esclarecimentos nos Sistemas de Avaliação Ética e Agências de Vigilância; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Clique ou toque aqui para inserir uma data. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |