**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%3A%5CUsers%5Cfundmed%5CDownloads%5C03.%20Regulamento%20de%20Concess%C3%A3o%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%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);
* 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. |