|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ministério da Saúde  **FIOCRUZ**  Fundação Oswaldo Cruz  Instituto René Rachou – FIOCRUZ MINAS Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde | **SECRETARIA DE ENSINO**  **SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO FINANCEIRO**  **ESTUDANTE** | | |
| **EVENTOS CIENTÍFICOS** | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO** | | | | |
| Aluno(a): Mestrado ( ) Doutorado ( ) | | | | |
| Orientador(a): | | | | |
| E-mail: Telefone: CPF: | | | | |
| Banco: Agência: Conta: | | | | |
| **DADOS SOBRE O EVENTO** | | | | |
| Título/ Nome: | | | | |
| Instituição Organizadora: | | | | |
| Cidade/UF/País: | | | Início: | Término: |
| **TÍTULO DO TRABALHO APRESENTADO** | | | | |
|  | | | | |
| **FORMA DE APRESENTAÇÃO** | | | | |
| [ ] Pôster [ ] Comunicação Oral [ ] Conferência  [ ] Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  O Trabalho será publicado nos anais do Congresso? Discente 1º autor?  [ ] Sim [ ] Não [ ] Sim [ ] Não | | | | |
| **BENEFÍCIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA DISSERTAÇÃO/TESE (MÁXIMO 10 LINHAS)** | | | | |
|  | | | | |
| **ANEXAR:**  [ ] Comprovante de aceitação do trabalho pela Comissão Organizadora do Evento    [ ] Cópia do resumo do trabalho apresentado | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: / / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) orientador(a) Assinatura aluno | | | | |
| **PREENCHIMENTO DO SAPRO** | | | | |
| **Autorizado o pagamento de:** Auxilio diário no valor de R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_ | | | | |
| **PRESTAÇÃO DE CONTAS (Entregar no SAPRO após o retorno)**  [ ] Cópia dos certificados de participação e apresentação de trabalho.  [ ] Bilhetes das passagens (avião ou ônibus) ou declaração do meio de transporte utilizado (carro)**.**  [ ] Recibo do auxilio diário (a ser assinado no SAPRO).  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_  Assinatura do Responsável | | | | |