|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ministério da Saúde  **FIOCRUZ**  Fundação Oswaldo Cruz  Instituto René Rachou – IRR  Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde | | | **SECRETARIA ACADÊMICA**  **SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO FINANCEIRO** | |
| **TRABALHO DE CAMPO**  **Docente e Estudante** | | | | | |
| **DADOS DO SOLICITANTE** | | | | | |
| ( ) Docente: Nome: Telefone: | | | | | |
| ( ) Estudante: Nome Mestrado ( ) Doutorado ( )  Telefone:  Orientador(a): | | | | | |
| CPF: | | | | | |
| Banco: Agência: Conta: | | | | | |
| Instituição organizadora/ de destino do trabalho de campo: | | | | | |
| Cidade/UF: | | Início: | | | Término: |
| **Justificativa e descrição resumida das atividades a serem realizadas (máximo 10 linhas)** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Especificar claramente o projeto e estudante(s) envolvido(s), bem como a fonte de financiamento** | | | | | |
|  | | | | | |
| **ESPECIFICAR O AUXÍLIO SOLICITADO (Professores** - passagem aérea ou rodoviária e número de diárias; **Alunos** - passagem aérea ou rodoviária, hospedagem e alimentação) | | | | | |
| **Despesas** | | | **Valor** | | |
|  | | | R$ | | |
|  | | | R$ | | |
|  | | | R$ | | |
|  | | | R$ | | |
|  | | | R$ | | |
|  | | | R$ | | |
|  | | | R$ | | |
| **TOTAL** | | | R$ | | |
| **ANEXAR: carta-compromisso da instituição de destino e/ ou aceite do colaborador** | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: / / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do docente Assinatura do aluno | | | | | |
| **PARECER DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO** | | | | | |
| **Autorizado o pagamento de:** Ajuda de custo no valor de R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_  Assinatura do Coordenador de Pós-Graduação | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ministério da Saúde  **FIOCRUZ**  Fundação Oswaldo Cruz  Centro de Pesquisa René Rachou – CPqRR  Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde | | | **SECRETARIA DE ENSINO**  **Prestação de contas**  **ESTUDANTE** | |
| **TRABALHO DE CAMPO**  **(A solicitação de reembolso deve ser feita até 5 dias após o retorno do estudante)** | | | | | |
| **IDENTIFICAÇÃO** | | | | | |
| Aluno(a): Mestrado ( ) Doutorado ( ) | | | | | |
| Orientador(a): | | | | | |
| E-mail: Telefone: | | | | | |
| Banco: Agência: Conta: | | | | | |
| Instituição organizadora/ de destino do trabalho de campo: | | | | | |
| Cidade/UF: | | Início: | | | Término: |
| **Atividades desenvolvidas durante o Trabalho de Campo (15 a 20 Linhas)** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Benefícios para o desenvolvimento da dissertação/tese (máximo 10 Linhas)** | | | | | |
|  | | | | | |
| **ESPECIFICAR AS DESPESAS ABAIXO PARA REEMBOLSO (Alunos** - passagem aérea ou rodoviária, hospedagem e alimentação) | | | | | |
| **Despesas** | | | **Valor** | | |
|  | | | R$ | | |
|  | | | R$ | | |
|  | | | R$ | | |
|  | | | R$ | | |
|  | | | R$ | | |
|  | | | R$ | | |
|  | | | R$ | | |
|  | | | R$ | | |
| **TOTAL** | | | R$ | | |
| **ANEXAR:**  [ ] Cartões de embarque das passagens (avião ou ônibus) ou declaração do meio de transporte utilizado (carro)  [ ] Notas fiscais e ou cupons fiscais (originais) em nome do coordenador do programa/CPF | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: / / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) orientador(a) Assinatura aluno | | | | | |
| **PARECER DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO** | | | | | |
| **Autorizado o pagamento de:** Ajuda de custo no valor de R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ / \_\_\_\_  Assinatura do Coordenador de Pós-Graduação | | | | | |