|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|
 | Ministério da Saúde**FIOCRUZ**Fundação Oswaldo CruzInstituto René Rachou – IRRPrograma 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 CruzCentro de Pesquisa René Rachou – CPqRRPrograma 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  |